



Universidade Católica Portuguesa

**Qualidade de Vida, Psicopatologia e Programas  
Terapêuticos na Toxicodependência: Um estudo  
realizado no CRI de Braga**

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Dino Fernandes Gomes



Faculdade de Filosofia  
Centro Regional de Braga

Setembro de 2011



Universidade Católica Portuguesa

**Qualidade de Vida, Psicopatologia e Programas  
Terapêuticos na Toxicodependência: Um estudo  
realizado no CRI de Braga**

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Dino Fernandes Gomes

Sob a orientação da Prof. Doutora Eleonora Costa



Faculdade de Filosofia

Setembro de 2011

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a toda a gente que, de uma forma ou de outra, esteve envolvida na realização deste trabalho. Um obrigado muito especial à Professora Doutora Eleonora Costa, que me orientou ao longo de toda a minha investigação, um obrigado muito especial ao IDT e ao Doutor Miguel Viana, que me deram permissão e disponibilizaram o serviço para que eu pudesse realizar esta investigação. Um obrigado muito especial a toda a equipa de tratamento do CRI de Braga, que colaboraram e me ajudaram na realização deste trabalho, especialmente à Doutora Teresa Muchata. Um obrigado muito especial aos utentes do CRI de Braga, que colaboraram e se disponibilizaram a realizar as provas, alguns com muito interesse e dedicação. Um obrigado muito especial à Professora Doutora Maria Canavarro, que permitiu a utilização dos instrumentos, assim como à equipa de Coimbra. E, por fim, um obrigado muito especial à Universidade Católica Portuguesa, mais especialmente à Faculdade de Filosofia, suporte deste trabalho.

## Resumo

A Qualidade de Vida, a Psicopatologia e os Programas Terapêuticos, são variáveis fundamentais para o tratamento da toxicodependência. Além disso, estas variáveis apresentam relações estreitas entre si. Neste estudo, procuramos compreender essas relações. Com uma amostra de 47 utentes toxicodependentes, e utilizando como instrumentos o WHOQOL-Bref (questionário de qualidade de vida) e o BSI (questionário de sintomas psicopatológicos), além de um questionário clínico e sócio-demográfico, avaliamos a Qualidade de Vida e a Psicopatologia dos respectivos utentes. De seguida, procedemos à análise das relações entre as respectivas variáveis. As nossas hipóteses eram que os sujeitos com melhor Qualidade de Vida teriam também menores índices de Psicopatologia, e vice-versa. Além disso, quisemos estudar as diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos (metadona, naltrexona, buprenorfina, só psicoterapia de apoio). Analisámos, também, a Qualidade de Vida e a Psicopatologia em relação com outras variáveis fundamentais para o tratamento, como a Abstinência, o Tempo de Tratamento e a Droga de eleição (heroína e cocaína). Verificamos se haviam diferenças significativas no Tempo de Abstinência entre os vários Programas Terapêuticos.

Os resultados da nossa investigação demonstram que há uma correlação muito estreita entre Qualidade de Vida e Psicopatologia ( $R = -.58$ ,  $P = 0.000$ ) na toxicodependência. Além disso, discriminam os pontos ou as dimensões onde essa correlação é mais forte e mais fraca. Encontramos, também, algumas diferenças significativas na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos (metadona e buprenorfina). Verificamos que a Abstinência se mostrava fundamental para o sucesso no tratamento, e que o tempo de tratamento, por si só, não era suficiente para melhorias na Qualidade de Vida e na Psicopatologia. Não foram encontradas diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes com diferentes Drogas Preferenciais, assim como não foram encontradas diferenças entre o Tempo de Abstinência nos vários Programas Terapêuticos. Concluimos a nossa investigação com uma interpretação destes resultados.

## **Abstract**

Quality of Life, Psychopathology and Treatment Programs are fundamental variables for the treatment of drug addiction. Furthermore, these variables present complex and straight relations among themselves. In this study, we try to understand these relations. With a sample of 47 drug addicts from CRI de Braga, and using as instruments WHOQOL-Bref and BSI, besides one Social-Demographic and Clinical questionnaire, we evaluate the Quality of Life and the Psychopathology of these same users. Next, we proceed to the analysis of the relations between the variables in study. Our hypotheses were that subjects with better Quality of Life would also present lesser levels of Psychopathology, and vice-versa. In addition, we also study the differences in Quality of Life and Psychopathology between subjects inserted in different Treatment Programs (methadone, naltrexone, buprenorphine, and psychotherapy only). We analyse, also, Quality of Life and Psychopathology in relation to other variables fundamental for the treatment of drug addiction, such as, Abstinence, Treatment Time and Election Drug (heroin and cocaine). We verified if there were significant differences in the Duration of the Treatment between different Treatment Programs.

The results of our investigation show that there exists a straight correlation between Quality of Life and Psychopathology ( $R = -.58$ ,  $P = 0.000$ ) in drug addiction. Furthermore, they discriminate in which points that correlation is stronger and weaker. We also find significant differences in Quality of Life and Psychopathology of subjects inserted in different Treatment Programs (methadone and buprenorphine). We verified that Abstinence is fundamental for the success of treatment, and that the Duration of Treatment by its own cant explain improvements in Quality of Life and Psychopathology. We didn't find any differences in Quality of Life and Psychopathology of patients with different Election Drugs, as also as we didn't find any difference in the Time of Abstinence between different Treatment Programs. We conclude our investigation with an interpretation of these same results.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	8
<b>1ª Parte – Enquadramento Teórico</b> .....	12
<b>Capítulo I – A Toxicodependência</b> .....	13
1.1. História do conceito Toxicodependência.....	13
1.2. A Compreensão da Toxicodependência Actualmente.....	16
1.3. Dados epidemiológicos .....	17
1.4. Critérios de diagnóstico das toxicodependências .....	19
1.5. Evolução das toxicodependências em termos clínicos.....	21
1.6. Tratamento .....	22
1.6.1. Programas Terapêuticos.....	24
<b>Capítulo II – Qualidade de Vida</b> .....	29
2.1. História e definição do conceito Qualidade de Vida .....	29
2.2. Qualidade de Vida na Toxicodependência.....	32
<b>Capítulo III – Psicopatologia e Toxicodependência</b> .....	36
<b>II Parte – Investigação Empírica</b> .....	41
<b>Capítulo IV – Metodologia</b> .....	42
4.1. Desenho do Estudo .....	42
4.2. Objectivos da Investigação e sua Fundamentação .....	42
4.3. Hipóteses .....	43
4.4. População e Amostra .....	43
4.5. Variáveis Estudadas .....	44
4.6. Instrumentos .....	45
4.6.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico .....	46
4.6.2. <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) .....	46
4.6.3. Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF) .....	61
4.7. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados.....	70
<b>Capítulo V – Resultados</b> .....	71
5.1. Descritivos .....	71
5.1.1. Caracterização da Amostra.....	71
5.1.2. Caracterização das Variáveis Psicológicas .....	76
5.2. Testes de Hipóteses.....	78

5.2.1. Hipótese 1: Espera-se que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia variem de forma inversa, isto é, que quanto maior for a Qualidade de Vida, menor seja a Psicopatologia, e vice-versa .....	78
5.2.2. Hipótese 2: Espera-se que haja diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em cada um dos Programas Terapêuticos ..	81
5.2.3. Hipótese 3: Espera-se que haja diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes com diferentes Drogas de Eleição.....	84
5.2.4. Hipótese 4: Espera-se que os utentes com maior tempo de Abstinência apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e de Psicopatologia.....	86
5.2.5. Hipótese 5: Pretende-se averiguar se o Tempo de Abstinência varia entre Programas Terapêuticos.....	88
5.2.6. Hipótese 6: Espera-se que os sujeitos com maior Tempo de Tratamento apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e Psicopatologia.....	89
Capítulo VI – Discussão dos Resultados .....	91
6.1. Caracterização da amostra.....	91
6.2. Hipótese 1: Espera-se que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia variem de forma inversa, isto é, que quanto maior for a Qualidade de Vida menor seja a Psicopatologia, e vice-versa. ....	94
6.3. Hipótese 2: Espera-se que hajam diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos.....	96
6.4. Hipótese 3: Espera-se que hajam diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes com diferentes Drogas de Eleição (heroína, cocaína, álcool, haxixe, etc.).....	99
6.5. Hipótese 4: Espera-se que os utentes com maior tempo de abstinência apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e de Psicopatologia.....	100
6.6. Hipótese 5: Pretende-se averiguar se existem diferenças no Tempo de Abstinência entre diferentes Programas Terapêuticos.....	101
6.7. Hipótese 6: Espera-se que os sujeitos com maior Tempo de Tratamento apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e Psicopatologia.....	102
Capítulo VII – Conclusão Integrativa .....	103
Bibliografia .....	106

## **Introdução**

O abuso e a dependência de drogas são um problema grave na sociedade actual. A droga sempre esteve presente na história da humanidade, desde os tempos mais remotos, mas só nos últimos dois séculos ela veio a constituir um problema da maior importância (Scarscelli, 2006). Ela assume, hoje em dia, uma tríplice dimensão (Poiares, 1999): é mercadoria, objecto de relações jurídico-económicas e fiscais; serve propósitos lúdicos e terapêuticos – ajuda a desinibir, fomenta o convívio social, serve como tratamento médico, etc.; é objecto e causa de criminalidade – dimensão que se tem salientado muito nos últimos tempos. No nosso trabalho, vamo-nos debruçar na droga como grave problema de saúde pública e individual, isto é, na toxicodependência. O abuso e a dependência de drogas são hoje um grave problema de saúde pública (Ferreira-Borges e Filho, 2007). Mas alertamos, desde já, que, contudo, todas as dimensões estão intricadamente ligadas.

A sociedade actual, com os seus problemas actuais, como a insegurança que se vive hoje em dia, o desemprego, a precariedade das relações, a “desinformação”, etc., têm facilitado a prevalência crescente de consumidores de droga, dificultando a interrupção de um ciclo que se vem repetindo há muito e que é constituído por: tráfico – consumo – recessão – recuperação – tráfico (Ferraz de Oliveira et al., 1996).

O fenómeno afecta muita gente. Não são apenas os toxicodependentes que são vítimas das drogas, as comunidades também, a família também, a sociedade também (Patrício, 1995). A epidemia actual de toxicodependências exige da sociedade gastos em prevenções, cuidados médicos, internamentos, investigações policiais, prisões, perseguições a traficantes, etc. (Ferraz de Oliveira et al, 1996).

Não são apenas os marginais que se tornam toxicodependentes. A toxicodependência chega a todos os estratos sociais (Patrício, 1995).

Nas sociedades ocidentais, como já demos a entender, o fenómeno da toxicodependência espalhou-se de forma epidémica. O relatório anual de 2010 do Observatório da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (OEDT, 2010) estima (estimativas referentes à população adulta (15-64 anos) e baseadas nos dados mais recentes disponíveis (inquéritos realizados entre 2004 e 2008)) que 22,5% dos adultos europeus são consumidores regulares de cannabis, 4,1% de cocaína, 3,3% de ecstasy, 3,7% de anfetaminas e uma percentagem um pouco menor de opiáceos, 0,45% (1,2 a 1,5 milhões de europeus). Segundo o mesmo relatório, o número estimado de pessoas na União Europeia em tratamento da



toxicodependência é actualmente de mais de um milhão (sendo que aproximadamente metade destas pessoas estão a receber tratamento de substituição dos opiáceos – 670 000)<sup>1</sup>.

A nível individual, o fenómeno não é mais animador. Os problemas causados pelo abuso e dependência de substâncias são dos mais difíceis de resolver (Soares, 2009). Há uma elevada taxa de mortalidade associada à toxicodependência (Machado e Klein, 2007).

Os problemas causados pelo abuso e dependência de substâncias causam dano, não só no próprio toxicodependente, como no seu espectro relacional mais próximo: família, amigos, trabalho, etc. (Ekendahl, 2007). Além disso, as pessoas associadas às drogas exibem uma considerável variedade de condições médicas agudas e crónicas, incluindo sintomas de dependência, doenças infecciosas, acidentes e deficiências relacionadas com as drogas, etc. (Machado e Klein, 2007).

No entender de Dodgen e Shea (2000), que nós compartilhamos, o abuso e a dependência de substância representa, claramente, um abandono e desligamento da saúde mental e física do sujeito, que com o uso continuado e descontrolado leva, inevitavelmente, à destruição do corpo, da mente e da vida social do sujeito.

Ora, é tendo em conta este impacto profundo que a toxicodependência têm na vida do sujeito, que o nosso trabalho se propõe estudar a toxicodependência em correlação com a Qualidade de Vida, a Psicopatologia e os vários Programas Terapêuticos (de regime ambulatorio). Consideramos que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia são duas variáveis fundamentais no tratamento da toxicodependência (Luty & Arokiadass, 2008), e que as suas relações com os vários Programas Terapêuticos são dignas de serem compreendidas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2011), “Qualidade de Vida” é “a percepção que o indivíduo faz sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais se insere, assim como em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo de classificação, influenciado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, pelas suas

---

<sup>1</sup> A OEDT (OEDT, 2010) diz-nos que este último dado é revelador, simultaneamente, de duas verdades: uma, dos esforços realizados para prestar assistência às pessoas que dela necessitam; outra, recorda-nos a magnitude do problema que a Europa ainda enfrenta.

Segundo a OEDT, a expansão do tratamento da toxicodependência tem sido liderada pelo crescimento dos cuidados especializados em ambulatorio (foi num contexto destes que foi realizado o presente trabalho de investigação – CRI de Braga), acompanhados pelos serviços de proximidade.

Apesar de a oferta de tratamento ter aumentado, o acesso ao mesmo apresenta desigualdades evidentes entre as diversas regiões da Europa. A desigualdade não é meramente geográfica, e por vezes são mesmo as pessoas mais necessitadas de tratamento que menos possibilidades tem de lhe aceder (OEDT, 2010).

relações sociais, pelo seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente.

Segundo Escudeiro, Lamachã, Freitas e Silva (2006), o número de investigações que examinam a qualidade de vida em pacientes toxicodependentes é muito reduzida. Os autores dizem-nos que a análise desta dimensão nos toxicodependentes é muito importante, pois o consumo de substâncias afecta negativamente a vertente física, emocional e social do sujeito, ou seja, a qualidade de vida no seu todo. Segundo Escudeiro e colaboradores, a análise da qualidade de vida nos toxicodependentes permite: (1), julgar dimensões físicas e mentais, (2), alargar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos<sup>2</sup> e, (3), auxiliar na definição de estratégias de intervenção.

Segundo Machado e Klein (2007), a importância a dar à psicopatologia no tratamento da toxicodependência é muito elevada. Altas taxas de comorbilidade entre desordens por uso de substâncias e outras desordens mentais foram demonstradas em amostras clínicas e epidemiológicas e as características psicopatológicas estão associadas a resultados terapêuticos negativos.

O nosso trabalho teve, pois, dois objectivos fundamentais. Um deles foi fazer uma boa caracterização da população em seguimento ambulatorio pela equipa de tratamento de Braga (Centro de Respostas Integradas (CRI) de Braga), em termos sócio-demográficos e clínicos, privilegiando, como é óbvio, a qualidade de vida e a psicopatologia. Outro foi estudar a correlação e as relações entre qualidade de vida, psicopatologia e programas terapêuticos (metadona, buprenorfina, naltrexona e só psicoterapia de apoio).

No primeiro capítulo do nosso trabalho, analisamos a toxicodependência na sua evolução ao longo da história, até à actualidade, aos critérios clínicos actuais e às modalidades actuais de tratamento.

No segundo capítulo, analisamos o conceito de “qualidade de vida”, a sua definição e a sua relação com a toxicodependência, isto é, como é a qualidade de vida na toxicodependência?

---

<sup>2</sup> Segundo Escudeiro e colaboradores, os diferentes programas terapêuticos tendem a ser analisados de acordo com parâmetros dicotómicos relativos a abstinência/consumo de substâncias, numa conceptualização do sujeito que apenas o identifica pelo seu comportamento face às drogas, descurando outras variáveis da sua vivência pessoal e social.

No terceiro capítulo, estudamos a associação entre psicopatologia e toxicodependência. Quais são as perturbações mentais mais associadas à toxicodependência, quais as implicações para o tratamento?

Isto no que toca à primeira parte do trabalho – enquadramento teórico. Na segunda parte, é tratada toda a parte prática da investigação.

O capítulo quatro é o da metodologia, desenho do estudo, objectivo da investigação, hipóteses de estudo, variáveis estudadas, procedimentos de recolha de dados, instrumentos de avaliação utilizados e procedimentos de análise dos dados.

O capítulo cinco é o dos resultados. Nele são expostos os resultados relativos à caracterização da amostra e ao teste de hipóteses.

Por último, o capítulo seis é o da discussão dos resultados. São analisados os resultados obtidos, interpretados e comparados com outros estudos e dados da investigação científica pertinentes.

A parte prática da nossa investigação apoiou-se numa hipótese fundamental, a da correlação entre qualidade de vida e psicopatologia. Com esta hipótese em mente, exploramos depois esta correlação nos vários programas terapêuticos e em relação com outras variáveis clínicas fundamentais, como o tempo de tratamento, o tempo de abstinência, a droga de eleição, etc. Acreditamos que um melhor entendimento destas relações possa ajudar as instituições e as equipas que cuidam de toxicodependentes a aperfeiçoar o seu trabalho

Terminamos a redacção do nosso trabalho com a conclusão, que é onde são retiradas as implicações da nossa investigação e apontados os vectores do futuro, assim como as limitações da investigação.

## **1ª Parte – Enquadramento Teórico**

## Capítulo I – A Toxicodependência

### 1.1. História do conceito Toxicodependência

Uma primeira distinção que devemos fazer é entre a história das drogas e a história das toxicodependências, ou da toxicodependência.

A história das drogas remonta ao princípio dos tempos: desde tempos imemoriais que o Homem consome drogas (Poiares, 1999; Valleur, 2002)<sup>3</sup>.

A história das toxicodependências, contudo, está mais relacionada com o avançar dos conhecimentos médicos e científicos e com a construção social da doença (Angel, Angel & Valleur, 2002). Segundo Angel, Angel e Valleur (2002), podemos considerar a toxicodependência como uma forma de regulação proposta pela sociedade da relação entre o ser humano e as substâncias psicoactivas<sup>4</sup>.

Mas esta regulação não é de hoje, note-se. Segundo Valleur (2002), desde sempre o Homem conheceu modos de regulação do uso de substâncias, tais como interditos e prescrições. Valleur (2002) refere a filosofia dos Gregos da Época Clássica como um desses modos de regulação. O autor diz-nos que uma boa parte dela é baseada na preocupação que o homem deve ter em não se deixar engolir pelo desejo devorador ligado a diferentes fontes de prazer, como a alimentação, o sexo, o dinheiro, a bebida, etc.

No mundo contemporâneo, contudo, o consumo desviante de drogas é um problema que tem atingido dimensões consideráveis (Torres, Chagas & Ribeiro, 2008). Segundo Marques (2006), este exacerbar do problema é um exemplo, evidente, de como uma cultura, com os seus quadros de referência e modelos de comportamento, pode gerar comportamentos desviantes em termos sociais e de saúde pública. “A toxicodependência está ligada a, e gera, um estilo de vida” (Marques, 2006, p. 178). Uma responsabilidade mútua, portanto.

Segundo Fontaine, Hervé e Morel (1998), a noção de toxicomania – mania dos tóxicos – termo antigo equivalente a toxicodependência – nasce, historicamente, com o fim da legitimidade da dependência do indivíduo em relação aos seus suseranos. Segundo os autores, contribuíram para o fim desta legitimidade o fim do feudalismo e do direito divino, assim como a revolução francesa e a industrialização, que acentuaram a individualidade e a responsabilidade do indivíduo, que a partir daí passou a ser valorizado como cidadão, força de

---

<sup>3</sup> Segundo Valleur (2002), as grandes categorias de drogas existem desde a noite dos tempos.

<sup>4</sup> De um modo geral, com todas as fontes de prazer que se podem tornar incontrolláveis (Angel, Angel & Valleur, 2002).

trabalho e força de consumo. Com o fim dessa legitimidade, concluem os autores, a subserviência a um produto passou a ser mal vista pela sociedade, as pessoas deixaram de focar a embriaguez e a euforia provocada pelas drogas e passaram a estar mais atentas aos danos que a droga provocava. É uma hipótese arrojada, esta, não deixa, contudo, de encerrar alguma verdade.

Segundo (Escohotado, 2004), a toxicodependência começa a construir-se como doença aquando do fim do Antigo Regime. Nessa altura, segundo os autores, a visão moral e religiosa ainda prevalecia sobre qualquer outra. Com o início da Modernidade e os progressos da ciência e da medicina, a toxicodependência encontrou o seu lugar como doença.

O primeiro modelo de doença conhecido de uma adição remonta, segundo uma grande maioria de autores (afirmado por Angel, Angel & Valleur, 2002), a 1785, ao trabalho do médico americano Benjamin Rush, referente ao efeito das bebidas espirituosas no corpo e na alma. Segundo este modelo, o mal da adição estaria contido na própria substância que desencadeia a adição, sendo a dependência um processo inevitável. De uma forma resumida, foi esta a primeira visão médica duma toxicodependência.

Durante o século XIX e a primeira parte do século XX, o modelo de explicação da toxicodependência foi fortemente marcado pela teoria geral da degenerescência, de B. A. Morel (1857) (Farges, 2002b). Segundo este modelo, e como a denominação da teoria em que ele foi baseado indica (degenerescência), a toxicodependência era encarada como uma fraqueza constitucional, transmitida por hereditariedade. Segundo Valleur (2002), o modelo da degenerescência interpreta a relação do toxicodependente com o prazer e a transgressão como o resultado de duas carências, dois defeitos: uma, como uma falta de vontade, como fraqueza psíquica ou moral. O indivíduo seria incapaz de se conter, de manter a compostura, o que explicaria o vício, a malignidade, as perversões, etc. Outra, haveria da parte do indivíduo uma impossibilidade de aceder a prazeres normais ou de ordem superior (Valleur (2002), dá o exemplo do trabalho de P. de Félice (*Poisons sacrés, ivresses divines*, 1936) que interpreta as diversas formas de dependência ou de abuso de drogas como o resultado de uma carência, de uma incapacidade que algumas pessoas têm de atingir uma dimensão espiritual – “o ópio torna-se a religião do povo e as toxicodependências são uma forma inferior de mística” (p. XX (da introdução)). Foi também durante este período que foi forjado o termo toxicomania (mania (loucura) do tóxico) (Farges, 2002b).

Nos princípios da década de 1970, uma visão estritamente médica ou psicológica da toxicodependência foi posta em causa com a crítica ao modelo de doença (Angel, Angel & Valleur, 2002). Segundo Angel, Angel e Valleur (2002), esta crítica veio em parte do campo

científico e baseou-se nos seguintes elementos de reflexão: (1) quebrou-se o dogma da abstinência total como único tratamento. Estudos de seguimento mostraram que uma percentagem de indivíduos dependentes conseguiam tornar-se consumidores moderados e controlados; (2) começou a dar-se mais importância ao contexto, para além da interacção entre indivíduo e a substância. Estudos sobre os soldados americanos da guerra do Vietname mostraram que uma maioria deles deixou a droga assim que a guerra acabou e retornaram ao seu país; (3) a influência da cultura, da aprendizagem e das crenças dos utilizadores foi destacada. Estudos sobre o efeito placebo do álcool contribuíram para demonstrar experimentalmente que os efeitos de uma droga, indiscutivelmente ligados à sua acção farmacológica, são no entanto largamente influenciados pela cultura, pela aprendizagem e pelas crenças dos utilizadores; (4) apareceram novas toxicodependências que não se assemelhavam à tipologia das toxicodependências anteriores. Fenómenos de juventude ligados aos movimentos contraculturais, como o movimento *hippie* na América e o de Maio de 1968 em França, não poderiam ser simplesmente interpretados como uma doença, mesmo epidémica. Em conjunto, segundo os autores, estes elementos de reflexão fizeram mudar a compreensão das toxicodependências.

Numa perspectiva complementar à do parágrafo anterior, segundo Escohotado (2004), quando, no fim da década de 1960, surgiu a ainda actual vaga de toxicodependências nos jovens, o laço entre o uso de drogas, os problemas emergentes da adolescência e os movimentos sociológicos contraculturais, fizeram imediatamente perceber que o fenómeno, mais que uma carência mórbida individual, podia ser produto de uma crise de civilização, de um conflito de gerações, ou mesmo de um desencantamento do mundo. Toda a complexidade do fenómeno transpareceu, então.

Numa perspectiva já mais próxima da clínica e da ciência psicopatológica, Godinho (2008), fala-nos da evolução do conceito de toxicodependência nos tempos recentes. Antes da década de 80 (1980), diz-nos o autor, como se verificaria por uma consulta do DSM-III, a toxicodependência era fundamentalmente caracterizada pela dependência física, que se traduzia na tolerância e síndrome de privação. Com a evolução dos conhecimentos, prossegue, principalmente com a constatação de que grande parte dos toxicodependentes, nomeadamente de heroína, após a desabituação física, regressavam aos consumos, e do conhecimento neurobiológico, com o reconhecimento dos circuitos de recompensa – que se verificou estarem directamente implicados na compulsão aos consumos e não terem qualquer papel no fenómeno da dependência física – o conceito de toxicodependência desvalorizou claramente a importância deste quadro físico (tolerância e síndrome de privação) como

critério de diagnóstico e passou a colocar a ênfase no descontrolo comportamental, bem patente nos critérios do DSM-IV-TR.

Portanto, e para concluir brevemente esta síntese histórica, uma vez que prosseguiremos a discussão no próximo tópico, podemos dizer que se evoluiu de uma concepção em que o foco principal era a droga, para uma concepção em que o foco passa a ser o contexto em que a droga se vai inserir.

## **1.2. A Compreensão da Toxicodependência Actualmente**

Nos últimos anos a investigação científica realizada tem vindo a chegar a uma constatação: os toxicodependentes, apesar de terem algumas características em comum, diferem bastante uns dos outros no que se refere às suas estruturas de personalidade, à presença ou não de psicopatologia associada (e de que tipo), ao grau de severidade do problema, às doenças físicas associadas, aos problemas sociais, etc. (Ferreira, 2004).

Estas diferenças fazem com que a utilização da droga por parte dos seus consumidores adquira diferentes significados (assim como faz com que diferentes toxicodependentes tenham necessidades de tratamento diferentes – assunto de que voltaremos a falar mais à frente) (Jacques, 2001).

Segundo Matos (2005), a toxicodependência não se desenvolve sem um terreno propício, em que os factores externos (sociológicos) se deparam com os factores internos (psicológicos). Ela vai operar como meio de defesa, como sintoma, inscrevendo-se na dor psíquica. As substâncias psicoactivas, intervindo e interferindo nas emoções, uma vez instalada a toxicodependência, passam a participar no controle dos conflitos externos e internos e na manutenção da unidade da pessoa<sup>5</sup>.

Esta visão mais complexa e íntima da toxicodependência, faz com que, actualmente, a melhor noção para compreender a toxicodependência (ou as toxicodependências) seja a de trajectória(s). Ela permite verificar que a toxicodependência não têm nada de um estado paralisado e inamovível, mas que entre os prazeres e os sofrimentos há, pelo contrário, uma história dinâmica, marcada por fases instáveis, vivências intensas e destinos variáveis (Fontaine *et al.*, 1998).

---

<sup>5</sup> Daí que as fases de aceleração da toxicodependência estejam sempre associadas a momentos de crises pessoais e ambientais.



Segundo Patrício (1995), o toxicodependente é uma pessoa doente tanto do ponto de vista médico como social.

Segundo Ferreira-Borges e Filho (2004), a adição é uma perturbação médica com uma etiologia complexa, com manifestações múltiplas de doença e evolução clínica variada.

Segundo a OMS (OMS, 2011), a toxicodependência consiste “num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo no seu uso apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras actividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física”.

Como podemos notar, as balizas estão agora colocadas no contexto em que a droga se vai inserir. É este contexto, associado ao consumo repetido de substâncias, que forma as bases da toxicodependência. Para concluir, podemos dizer, com C. Olievenstein (célebre frase citada em numerosos trabalhos acerca da toxicodependência), que a toxicodependência é “o encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sociocultural”.

### **1.3. Dados epidemiológicos**

Uma advertência que deve ser feita quando analisamos dados epidemiológicos é que estes são sempre influenciados pela legalidade ou não das drogas em causa (além de outros factores, como a desejabilidade social, etc.). As drogas ilícitas e o uso clandestino arrastam um lado “negro”, não transparente, que obriga a interpretar os resultados com precaução (Valleur, 2002a).

Cerca de 3% da população de todo o mundo, de quase todos os países, ou seja, 185 milhões de pessoas, consomem drogas ilícitas anualmente (Maia, Simões e Matos, 2007).

Em 2008, o número de utilizadores de drogas injectáveis a nível mundial era estimado em 15.9 milhões, calculando-se que uma em cada dez infecções pelo vírus da imunodeficiência humana tenha ocorrido entre utilizadores de drogas injectáveis (Oliveira, Monteiro, Freixo e Venâncio, 2010).

No concernente às estimativas do consumo de drogas na Europa (estimativas referidas à população adulta (15-64 anos), baseadas nos dados mais recentes disponíveis (inquéritos realizados entre 2004 e 2008), o relatório anual de 2010 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) refere as seguintes prevalências (OEDT, 2010): prevalência de consumo de *cannabis* – ao longo da vida: 75.5 milhões de pessoas (22.5% dos adultos

europeus) – no último ano: cerca de 23 milhões de adultos europeus (6,8%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida – no último mês: cerca de 12,5 milhões de europeus (3,7%); prevalência de consumo de *cocaína* – ao longo da vida: cerca de 14 milhões de pessoas (4,1% dos adultos europeus) – no último ano: 4 milhões de adultos europeus (1,3%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida – no último mês: cerca de 2 milhões (0,5%); prevalência de consumo de *ecstasy* – ao longo da vida: cerca de 11 milhões de pessoas (3,3% dos adultos europeus) – no último ano: cerca de 2,5 milhões de pessoas (0,8%) ou um quarto dos consumidores ao longo da vida; prevalência de consumo de *anfetaminas* – ao longo da vida: cerca de 12 milhões de pessoas (3,7% dos adultos europeus) – no último ano: cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%), ou um sexto dos consumidores ao longo da vida; prevalência de consumo de *opiáceos*: estimados em 1,2 a 1,5 milhões de europeus.

O mesmo relatório (OEDT, 2010), refere, ainda: que as mortes induzidas pela droga corresponderam a 4% do total de mortes registadas entre os europeus dos 15 aos 39 anos (tendo sido detectados opiáceos em cerca de três quartos dos casos); que a droga principal em mais de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência são os opiáceos; e que cerca de 670 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2008.

No concernente ao consumo de drogas em Portugal, as estimativas, para o ano de 2000 (Balsa, Farinha, Urbano & Francisco, 2003), referem que: 7,6% dos portugueses já consumiram *cannabis* e 3% nos 12 meses que antecederam o estudo; 0,9% dos portugueses já consumiram *cocaína* e 0,3% nos 12 meses que antecederam o estudo; 0,7% dos portugueses já consumiram *heroína* e 0,2% nos 12 meses que antecederam o estudo; 0,7% dos portugueses já consumiram *ecstasy* e 0,4% nos 12 meses que antecederam o estudo; 0,5% dos portugueses já consumiram *anfetaminas* e 0,1% nos 12 meses que antecederam o estudo.

Para o ano de 2000, ainda, em Portugal (Ferreira-Borges & Filho, 2004), as prevalências de consumo de drogas foram das mais baixas da União Europeia. O número de jovens consumidores de drogas, contudo, aumentava significativamente. A *cannabis* já não se mostrava como a única substância de iniciação. Notou-se uma segmentação dos consumos, surgindo quer consumidores especializados de determinadas substâncias quer o aumento dos policonsumos. Constatou-se o esbatimento da discrepância entre a prevalência de consumo de *cannabis* e a prevalência de consumos das outras drogas globalmente consideradas. A iniciação nos consumos fazia-se cada vez mais cedo. As assimetrias de género na prevalência de consumo estavam a diminuir, e, mais acentuadamente, entre os mais jovens. Foi no interior (Norte e Centro) do país e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira que, entre os

mais jovens, se encontraram as percentagens mais elevadas de consumidores, particularmente de “outras drogas”.

O estudo HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*)/OMS, mostrou que o consumo de substâncias psicoactivas em adolescentes aumentou de 5% para 10% de 1998 para 2000, sendo que foram os rapazes que mais frequentemente referiram consumir, comparativamente com as raparigas, assim como os adolescentes mais velhos, comparativamente com os adolescentes mais novos (Maia, Simões e Matos, 2007). No que se refere ao estudo de 2006, não surgiram alterações significativas relativamente ao estudo anterior (Maia, Simões e Matos, 2007). Os consumos de substâncias ilícitas mantiveram-se estacionários e houve uma estabilização do consumo regular.

Segundo da Silva e Sousa (2002), no nosso país, os estudos epidemiológicos sobre o fenómeno do consumo de substâncias ilícitas apontam para uma incidência significativa na camada da população mais desfavorecida cujas capacidades sócio-económicas e educacionais são caracterizadas por uma forte fragmentação de normas e valores, por um modus de vida degradante (exclusão social), germinando sub-mundos onde a luta pela sobrevivência, através das drogas – consumo/trafico – se oferece como a via principal ou possível da caminhada do seu dia a dia.

#### **1.4. Critérios de diagnóstico das toxicodependências**

Os critérios de diagnóstico das toxicodependências são muito semelhantes entre as duas principais classificações internacionais das perturbações de saúde mental, CID-10 e DSM-IV.

Segundo o DSM-IV (APA, 2002), a dependência de substâncias é um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses: (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes: (a) necessidade de quantidades crescentes de substancia para atingir a intoxicação ou o efeito desejado. (b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substancia; (2) abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes: (a) síndrome de abstinência característica da substância (recorrer aos critérios A e B para abstinência de substâncias específicas). (b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; (3) a substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia; (4)

existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância; (5) é despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distancias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos; (6) é abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância; (7) a utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma ulcera devido ao consumo deste).

Adicionalmente, o DSM-IV considera os seguintes especificadores de diagnóstico: com dependência fisiológica (evidência de tolerância ou abstinência, isto é, presença do item 1 ou 2); sem dependência fisiológica (sem evidência de tolerância ou abstinência, isto é, ausência do item 1 ou 2).

Segundo o CID-10 (OMS, 1998), na síndrome de dependência, pelo menos três das seguintes manifestações devem ter estado habitualmente presentes ao mesmo tempo no decurso do último ano: (1) desejo intenso ou compulsivo de utilizar uma substância psicoactiva; (2) dificuldade em controlar a utilização da substância (início ou interrupção do consumo ou níveis de actualização); (3) síndrome de abstinência fisiológica quando o individuo diminui ou pára o consumo de uma substância psicoactiva, como testemunham o surgimento de uma síndrome de abstinência característica da substância ou a utilização da mesma substância (ou de uma substância aparentada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; (4) evidenciação de uma habituação aos efeitos da substância psicoactiva; o indivíduo tem necessidade de uma quantidade maior da substância para obter o efeito desejado (certos indivíduos dependentes do álcool ou dos opiáceos podem consumir doses quotidianas que seriam letais ou incapacitantes para os indivíduos não dependentes); (5) abandono progressivo de outras fontes de prazer e interesse em proveito da substância psicoactiva, aumento do tempo passado a obter a substância, a consumi-la ou a recuperar dos seus efeitos; (6) continuação do consumo da substância apesar do aparecimento de consequências manifestamente nocivas (por exemplo, atingimento hepático devido a excessos alcoólicos, episódio depressivo após um período de consumo considerável ou alteração do funcionamento cognitivo ligado ao consumo de uma substância) – isto tendo em conta se o indivíduo estava ao corrente da natureza e gravidade das consequências nocivas.

Do atrás exposto, concluímos que ambas as classificações se sobrepõem na relevância dada à abstinência, à tolerância (ou habituação), às dificuldades em controlar os consumos, à focalização nas drogas com detrimento de outros interesses e à continuação dos consumos apesar de consequências nefastas. Sem margem para dúvidas, estes parecem ser os factores mais relevantes da toxicodependência. A gravidade da toxicodependência, por seu lado, vai depender do grau e da intensidade destes factores, ou variáveis.

### **1.5. Evolução das toxicodependências em termos clínicos**

A evolução de uma toxicodependência nunca é facilmente previsível (Farges, 2002b). Como dissemos atrás, ela não têm nada de um estado paralisado e inamovível, antes, é uma história dinâmica, marcada por fases instáveis, vivências e destinos variáveis (Fontaine *et al.*, 1998).

Segundo o DSM-IV (APA, 2002), os seguintes especificadores de evolução de uma toxicodependência podem ser apontados: (1) Remissão Total Precoce – em que, pelo menos, durante um mês, mas menos de doze meses, não foi preenchido qualquer critério de Dependência ou Abuso; (2) Remissão Parcial Precoce – em que, pelo menos um mês, mas menos de doze meses, foram preenchidos um ou mais critérios de Dependência ou Abuso (mas não foram preenchidos todos os critérios de Dependência); (3) Remissão Total Mantida – em que não foi preenchido nenhum dos critérios de Dependência ou Abuso, em qualquer altura, durante um período de 12 meses ou mais; (4) Remissão Parcial Mantida – em que não foram preenchidos por completo os critérios de Dependência, por um período de 12 meses ou mais, tendo no entanto sido preenchidos um ou mais critérios de Dependência ou Abuso; (5) Em Terapia Agonista – em que o sujeito está a realizar medicação agonista prescrita (por exemplo: metadona) e não foram preenchidos os critérios de Dependência ou Abuso para aquela classe de medicamentos, durante, pelo menos, o último mês (excepto tolerância ou abstinência ao agonista). (Esta categoria também se aplica aos sujeitos tratados para a Dependência com um agonista parcial ou um agonista/antagonista); (6) Em Ambiente Controlado – em que o sujeito se encontra num ambiente em que o acesso ao álcool e outras substâncias é proibido e quando não tiverem sido preenchidos os critérios de Dependência ou Abuso durante, pelo menos, o ultimo mês (exemplos destes ambientes são as prisões estritamente vigiadas e livres de drogas, as comunidades terapêuticas ou as unidades hospitalares fechadas). Estes critérios dão bem conta da diversidade das situações existentes, sem, contudo, esgotarem as possibilidades.

Segundo Farges (2002b), na generalidade, pode-se dizer que a evolução das toxicodependências é crónica e que se prolonga ao longo dos anos com períodos de exacerbação e de remissão parcial ou completa. Segundo este autor, pode haver períodos de uso descontrolado com problemas graves, períodos de abstinência total e períodos de utilização sem problemas demais, prolongando-se, por vezes, durante meses.

## **1.6. Tratamento**

Um dos pilares da Europa na luta contra as drogas é o tratamento eficaz de pessoas com problemas de consumo de substâncias (OEDT, 2010). Segundo o OEDT (2010), a qualidade e a quantidade dos cuidados disponíveis ao toxicodependente continuam a crescer. Como já foi referido na introdução, o OEDT estima que mais de um milhão de pessoas estão a receber, anualmente, algum tipo de tratamento para problemas causados pela droga na União Europeia.

Nos últimos anos, a investigação científica tem chamado atenção para o facto de os toxicodependentes, apesar de apresentarem algumas características em comum, diferirem bastante uns dos outros no respeitante a muitos outros aspectos da sua condição (Ferreira, 2004). Como já referimos atrás, foram encontradas evidências de diferenças significativas em relação à estrutura da personalidade, à psicopatologia associada, à severidade do problema, aos aspectos médicos, aos problemas sociais associados, etc. Estas diferenças fazem com que as necessidades ao nível do tratamento sejam, também, bastante distintas.

O tratamento da toxicodependência consiste, portanto, num conjunto de intervenções dirigidas a um indivíduo em particular, diferente dos outros, num determinado estágio do seu percurso de consumos (neste aspecto pode-se dizer que o tratamento da toxicodependência não difere dos outros tratamentos das perturbações de saúde mental (Silva, 2001)

O primeiro passo no tratamento de um toxicodependente é o desenvolvimento de um projecto terapêutico adequado (Patrício, 2002). Iniciar o luto de uma dependência é um processo de enormes dificuldades e em que é preciso “renascer” no mundo para encontrar nele novas satisfações (Fontaine, 1998). Para ajudar o toxicodependente nesse renascimento é preciso um conjunto bem articulado de medidas terapêuticas (médicas, psicológicas, sociais) capazes de responderem às suas necessidades específicas (Patrício, 1995).

Segundo o NIDA (*National Institute for Drug Abuse* [NIDA], 2010), Instituto Americano para o Abuso de Drogas, os seguintes princípios devem orientar o tratamento de uma toxicodependência: (1) Não existe um tratamento único que seja indicado para todos os

indivíduos<sup>6</sup>. (2) O tratamento precisa de ser imediatamente disponibilizado. (3) Um tratamento eficaz não trata apenas o problema de uso de substâncias mas abrange todas as necessidades do indivíduo. (4) O plano de tratamento e de serviços de um doente deve ser avaliado continuamente e modificado sempre que necessário de modo a assegurar que este vai ao encontro das necessidades, em constante mutação, do respectivo doente. (5) Um tratamento eficaz exige um período de tempo adequado. (6) O doente em tratamento deve ser acompanhado (individualmente e/ou em grupo) psicologicamente, sendo este acompanhamento uma componente fundamental do tratamento. (7) O tratamento farmacológico é também essencial para o tratamento, especialmente em alguns doentes. (8) As perturbações mentais devem ser tratadas conjuntamente (de modo integrado) com os problemas de abuso ou dependência de substâncias. (9) A desintoxicação é apenas uma primeira fase do tratamento, o que por si só pouco faz para resolver o problema da toxicodependência. (10) O tratamento não necessita ser voluntário para ser eficaz<sup>7</sup>. (11) A possibilidade dos doentes consumirem substâncias durante o tratamento deve ser continuamente monitorizada. (12) Devem ser realizados exames ao HIV/SIDA, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas e aconselhar os doentes a alterar ou a mudar os comportamentos passíveis de risco de infecção para eles e para os outros. (13) A recuperação do abuso e da dependência de substâncias pode ser um processo de longo prazo e pode requerer frequentemente múltiplos episódios de tratamento.

Segundo Ferreira-Borges e Filho (2004), o projecto terapêutico implica promover modificações no ambiente do doente, na sua família, na relação com os amigos, na escola ou no trabalho e no lazer<sup>8</sup>. Segundo Gomez, del Pozo, Fraile e Rivera (1998), é fundamental que o dependente faça a ruptura com o meio da droga, isto é, que pare com os consumos, que se afaste dos consumidores conhecidos e que se afaste dos locais associados ao consumo de drogas.

Patrício (1995), dá a seguinte série de factores que devem ser tomados em consideração para a adequada aplicação de um projecto terapêutico: a motivação do doente para o tratamento; a gravidade da sua psicopatologia prévia<sup>9</sup>; a gravidade das mudanças

---

<sup>6</sup> Dos tratamentos disponíveis para a toxicodependência, não se pode dizer que uns sejam infalíveis, ou que haja uns melhor que outros, os tratamentos têm cada um a sua especificidade e podem ser melhores ou piores consoante os casos (Silva, 2001). Podem, além disso, ser utilizados de forma sequencial ou simultânea para melhor proveito dos doentes.

<sup>7</sup> Nota do autor: entendemos isto como: o tratamento não necessita ser voluntário para ser eficaz, num primeiro momento, ou seja, a vontade pode-se modificar (sabemos que na prática as coisas são bem complicadas!).

<sup>8</sup> Note-se o quanto isto diz respeito à qualidade de vida. Ou seja, no fundo trata-se de melhorar a qualidade de vida do doente, para que ele se sinta bem nesse projecto e não volte às drogas.

<sup>9</sup> Variável Psicopatologia.

psicopatológicas que surgiram com os consumos<sup>10</sup>; a interacção do dependente com o *meio* da droga; a clarificação dos objectivos terapêuticos a atingir; a maior ou menor capacidade de compreensão e de ajuda da família<sup>11</sup>; o acesso aos meios terapêuticos e qualidade da resposta terapêutica que o doente e o terapeuta vão construindo<sup>12</sup>; a qualidade da interacção com o ambiente escolar, profissional e social<sup>13</sup>; a existência ou não de problemas judiciais<sup>14</sup>.

Segundo a OMS (OMS, 2011), há três áreas primárias de tratamento da toxicod dependência, relacionadas com o tipo de cuidados prestados e que correspondem a fases globais (fase aguda, activa e de manutenção) do tratamento, nomeadamente: (1) a desintoxicação e estabilização da situação de crise aguda; (2) o tratamento e a reabilitação psicossocial, em que o doente tem uma participação mais activa; (3) e, por fim, os esforços de disponibilização de cuidados continuados para a manutenção da recuperação individual e reintegração social.

### 1.6.1. Programas Terapêuticos

Segundo Fontaine e colaboradores (1998), quando os médicos, pela primeira vez, se viram confrontados com os doentes toxicod dependentes, enviaram-nos para o hospital geral e para o asilo. Segundo os autores, porém, estas instituições, rapidamente se mostraram bastante desadequadas para os receber. Nos anos sessenta (1960), foram os sectores psiquiátricos que os receberam. Contudo, quando rebentou o “flagelo da droga” (expansão do consumo de droga em massa), as capacidades dos hospitais psiquiátricos rapidamente foram esgotadas. Surgiram então estruturas especializadas para o tratamento das toxicod dependências<sup>15</sup>.

É importante referir, como nota da Silva e Sousa (2002), que os quadros escolhidos são essenciais e indissociáveis da ajuda e da mudança que se quer pôr em prática.

A presente investigação foi realizada numa estrutura deste género, especializada no tratamento das toxicod dependências. Trata-se do Centro de Respostas Integradas (CRI) de Braga, organismo pertencente ao Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT), entidade nacional responsável pela luta contra a toxicod dependência e contra os fenómenos marginais associados à droga. Trata-se de um regime de tratamento ambulatorio (os doentes fazem a sua

---

<sup>10</sup> Psicopatologia.

<sup>11</sup> Qualidade de Vida.

<sup>12</sup> Qualidade de Vida.

<sup>13</sup> Qualidade de Vida.

<sup>14</sup> Em certa medida, também, Psicopatologia.

<sup>15</sup> Ainda que com cautela, devido às críticas que rapidamente se fizeram sentir (risco de «desmantelamento» da saúde mental, de reforçar o sintoma por um sistema segregador e gerar uma corporação de especialistas que se atribuem o monopólio do poder de sabedoria sobre a «droga» (Fontaine *et al.*, 1998).



vida diária normal e recebem apoio, sempre que necessário, no Centro). Os programas terapêuticos à disposição dos utentes, no Centro de Respostas Integradas, são: o programa com metadona (agonista opiáceo<sup>16</sup>), o programa com naltrexona (antagonista opiáceo<sup>17</sup>), o programa com buprenorfina (agonista opiáceo) e o programa psicoterapêutico<sup>18</sup>. Descreveremos, de seguida, mais aprofundadamente, cada um dos programas, visto uma compreensão dos mesmos ser essencial para os objectivos da investigação.

### **Programa Psicoterapêutico**

A consulta/psicoterapia é um instrumento fundamental no tratamento da toxicodependência. A consulta é essencial para se fazer o diagnóstico (psicopatologia do doente), sem o qual o tratamento fica largamente comprometido (Gossop, 2003). Para se construir e analisar o projecto terapêutico, que é o que vai permitir atender a cada doente em particular (Miller & Rollnick, 1991). Para se estudar e pôr em prática as estratégias de prevenção de recaídas, que são componentes fundamentais do tratamento das toxicodependências (Ribeiro, 2003). É fundamental, também, para avaliar e discutir os avanços e recuos no tratamento (McCambridge & Strang, 2004).

A psicoterapia é o lugar para a elaboração do trabalho psicoterapêutico, trabalho segundo o qual o doente vai chegar a uma compreensão mais aprofundada dos problemas psicológicos que vinham contribuindo para a sua condição (Gossop, 2003). Uma vez que o doente se separa das drogas, o sofrimento psicológico revela-se à superfície, e os problemas surgem, e têm necessidade de ser resolvidos para o avançar do tratamento (Micheli, Fisberg & Formigoni, 2004).

---

<sup>16</sup> O agonista opiáceo é uma substância que actua nos receptores opiáceos estimulando-os, completa ou parcialmente, substituindo dessa forma a necessidade de heroína.

<sup>17</sup> O antagonista opiáceo é uma substância que bloqueia os receptores opiáceos do organismo, fazendo com que a heroína não faça efeito.

<sup>18</sup> O programa psicoterapêutico é um componente dos outros programas também (metadona, naltrexona e buprenorfina), ou seja, é um componente indispensável do tratamento. Entre na nossa investigação, contudo, como um programa de conta própria, isto porque há utentes que apenas cumprem o programa psicoterapêutico, sem a componente medicamentosa de base (metadona, naltrexona ou buprenorfina).

## **Tratamentos de Substituição/Manutenção (Agonistas)<sup>19</sup>**

Os tratamentos de substituição consistem em substituir a dependência de um opiáceo ilicitamente consumido pelo uso medicamentoso de um opiáceo legal (Carrilho & Santos, 2004). São tratamentos de longo prazo e feitos em regime ambulatorio.

Os agonistas são substâncias que actuam nos receptores opióides, estimulando-os, completa ou parcialmente, substituindo desta forma a necessidade de heroína (Godinho, 2006). Tem como objectivo eliminar a síndrome de abstinência, eliminar o “*craving*”<sup>20</sup> e normalizar as funções fisiológicas.

Segundo Kleber (2003), há duas grandes vantagens associadas à substituição: ela permite passar de um produto de acção rápida e intensa para um produto de acção lenta e menos euforizante, e permite transferir a regulação dos consumos do, ou pelo, toxicodependente, para o prescriptor.

A toma do agonista permite ao doente reorganizar a sua vida (Silva, 2001). Assim que uma boa evolução estiver consolidada, inicia-se a redução das doses, tendo em vista a paragem do medicamento.

São tratamentos apenas aplicáveis em dependentes de opiáceos<sup>21</sup>.

As terapias de substituição são úteis tanto em reduzir o risco do HIV e de hepatites resultantes da adição às drogas, como na redução da actividade criminal que acompanha o estilo de vida dos toxicodependentes (Patrício, 1995).

Falaremos em seguida dos dois agonistas que foram objecto do nosso estudo e que são dos mais utilizados no tratamento da toxicodependência, metadona e buprenorfina.

### **Metadona**

O tratamento de substituição com metadona é amplamente utilizado em muitos países da Europa, Austrália, Ásia e América (Best et al, 1998). Desde 1965 que a metadona constitui uma alternativa incontornável no tratamento da dependência de opiáceos.

---

<sup>19</sup> Fazem parte dos tratamentos de substituição/manutenção os programas com metadona e buprenorfina. Este ponto/tópico é uma introdução geral aos mesmos. Trataremos de cada um deles, especificamente, de seguida.

<sup>20</sup> Vocábulo inglês, que corresponde, mais ou menos, ao português “ressaca”, mas que, contudo, ressalta mais a vontade de consumir, a procura, o desejo (anseio).

<sup>21</sup> Devido ao efeito ser sobre os receptores opiáceos apenas.

As características farmacológicas que permitem o seu uso como tratamento de substituição na dependência de heroína são: a extensa biodisponibilidade oral; o tempo de eliminação longo, que possibilita uma toma única diária; a ausência de alterações comportamentais associadas; e a existência de um antagonista específico que pode ser utilizado em caso de overdose (Oliveira, Monteiro, Freixo e Venâncio, 2010). Quando administrada oralmente em doses adequadas, uma dose única de metadona tem efeito durante 24 a 36 horas sem provocar euforia ou sedação.

Os critérios de selecção mais recomendáveis para o programa com metadona são: doentes com um historial de consumos prolongados; tentativas anteriores de tratamentos ou desintoxicações falhadas; mulheres grávidas; e utentes infectados com o vírus VIH (vírus da imunodeficiência humana) ou outra patologia orgânica severa (Fontaine *et al*, 1998; Patrício, 1995).

### **Buprenorfina**

A buprenorfina encontra-se em utilização em Portugal desde 1999 (Vicente, 2003). Ela surgiu da necessidade de encontrar outras opções farmacológicas na substituição opiácea. É um analgésico opióide semi-sintético de longa duração (72h), semelhante à morfina mas com propriedades agonistas e antagonistas (Bettencourt, Guerreiro e Pádua, 2006). Segundo Amass e colaboradores (2008), a buprenorfina liga-se aos receptores opiáceos do cérebro (como uma chave numa fechadura), mas não os abre totalmente, apenas deixa uma pequena parte aberta, o que leva à produção de efeitos de opiáceos suficientes para fazer com que o individuo se sinta confortável. Ao ter uma acção mais ligeira, a buprenorfina causa também menor dependência, inclusive que a metadona.

A buprenorfina dispõe de regras de utilização mais flexíveis que a metadona, o que permite dar uma maior autonomia ao doente. Há também um menor risco de overdose.

O tratamento com buprenorfina é aconselhado a indivíduos com consumos de heroína inferiores a 3 anos<sup>22</sup> e com idades superiores a 15 anos (Patrício, 1995).

Segundo Coppel e colaboradores (1998), a buprenorfina pode mostrar-se muito eficaz quando o paciente faz a sua abstinência ou se fixa num local distante daquele em que consumia a heroína, situação em que o distanciamento facilita o tratamento.

---

<sup>22</sup> Isto devido ao seu efeito ser parcial, ou seja, mais ligeiro, causando menos dependência. Tenta-se utilizar a buprenorfina quando a dependência ainda não é muito forte.

### **Naltrexona (Antagonista)**

A naltrexona é o antagonista opiáceos mais utilizado no tratamento da toxicodependência (Godinho, 2006). Foi descoberta por Blumberg em 1965 mas só veio a ser aprovada para uso clínico em 1984 (Silva, 2001). É um antagonista competitivo dos receptores opiáceos  $\mu$ ,  $\kappa$  e  $\delta$ . O tratamento com antagonista bloqueia os receptores opiáceos do organismo, não provocando qualquer efeito, ao contrário do agonista. O antagonista “encaixa na fechadura, mas não a abre”, evitando assim que as substâncias opiáceas façam efeito (Bettencourt, Guerreiro e Pádua, 2006). Contudo, a naltrexona não é apenas um “tampão” para a heroína, pois ao bloquear os receptores opióides impede a acção de todos os opióides endógenos, tornando inoperante este sistema, sendo provável que leve a efeitos emocionais negativos, nomeadamente humor depressivo (Godinho, 2006).

A naltrexona tem sido largamente usada por não ter efeitos psicoactivos imediatos evidentes, e por, ao bloquear os receptores opióides, impedir os efeitos da heroína, desencorajando o seu uso (Kleber, 2003).

A naltrexona é uma boa terapêutica coadjuvante na prevenção de recaídas depois de um período de desintoxicação, que pode ser de difícil adaptação para o sujeito. Se a pessoa estiver medicada com naltrexona, a heroína não tem efeito (Silva, 2001).

A naltrexona é aconselhada para pessoas com consumos pouco prolongados de heroína, motivadas e minimamente estruturadas (Patrício, 2002).

## Capítulo II – Qualidade de Vida

### 2.1. História e definição do conceito Qualidade de Vida

Não existe uma definição universalmente aceite de qualidade de vida na extensa literatura que foi publicada acerca do tema nos últimos 30 anos (Rodrigues, 2006; Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1996). Segundo Calman (1987), que analisou mais de duzentos trabalhos sobre qualidade de vida, a utilização do conceito Qualidade de Vida vai a par da sua indefinição, isto é, é muito variada e imprecisa.

As razões para as dificuldades de uma formulação universal em relação ao conceito de qualidade de vida prendem-se com vários factores (Spilker & Revicki, 1996). Um deles diz respeito à utilização generalizada do conceito de qualidade de vida no sentido do senso comum. Outro, com a imensa complexidade do conceito, que é multidimensional, e em que a significação da qualidade de vida está relacionada com circunstâncias objectivas que podem sofrer alterações ao longo do tempo e cuja avaliação depende de estados internos do indivíduo e de sistemas de valores. Outro ainda, diz respeito ao elevado número de termos semelhantes a qualidade de vida (como estilo de vida, saúde, bem-estar, felicidade, etc.), que fazem com que haja alguma confusão na referência ao conceito e na sua delimitação.

Segundo Seidl e Zannon (2004), a expressão “Qualidade de Vida” foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando declarou que os objectivos do governo não podiam ser medidos através do saldo do banco, mas que deviam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionavam às pessoas.

O desenvolvimento tecnológico de que o mundo foi palco no séc. XX, apesar de tudo o que trouxe de bom, teve como consequência negativa uma progressiva desumanização. Uma das áreas onde isto foi muito notório foi na medicina e ciências afins (Soares, 2009). Para contrariar esta tendência, os cientistas introduziram o conceito de qualidade de vida, que se inscreve num movimento, dentro das ciências biológicas e humanas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o simples controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida (Escudeiro e col., 2006). O conceito apareceu por meados de 1970, com origem principalmente na medicina, associado às doenças crónicas com altas taxas de mortalidade, tais como doenças oncológicas e VIH<sup>23</sup>, e expandiu-se, principalmente, nos anos oitenta, estendendo-se rapidamente à psicologia e sociologia, substituindo outros

---

<sup>23</sup> Era sobretudo nestes domínios que os médicos eram confrontados com o dilema de o aumento da expectativa de vida não ser proporcional à sua qualidade (Escudeiro e col., 2006).

termos mais difíceis de operacionalizar e generalizando-se a doenças potencialmente não mortais e à perturbação mental (Moreno & Ximenez, 1996).

Sem pretensões de serem exaustivos, Levi e Anderson (1980), enumeram os seguintes componentes de “Qualidade de Vida”: saúde, alimentação, educação, trabalho, residência, segurança social, vestuário, ócio e direitos humanos. O conjunto objectivo de todos estes componentes, segundo os autores, constitui o nível de vida dos povos e das pessoas.

Segundo Moreno e Ximénez (1996), o estudo, a análise e a avaliação da “Qualidade de Vida” abarca praticamente a totalidade das ciências humanas, ainda que tenham especial preponderância nela a medicina, a economia, a sociologia, as ciências políticas e a psicologia.

Segundo Shipper, Clinch e Olweny (1996), um elemento básico da definição de qualidade de vida é a sua necessidade de incluir os aspectos objectivos e subjectivos. A qualidade de vida aparece como a intersecção das áreas objectivas e subjectivas, incapaz de ser avaliada a partir de um só dos seus pólos ou focos. Os autores oferecem a metáfora da elipse, dizendo que tal como ocorre com uma elipse, a “qualidade de vida” necessita da referência a ambos os focos para poder ser descrita.

Segundo Rodrigues (2006), a qualidade de vida de uma pessoa está, também, dependente de factores objectivos da sua vida e da percepção subjectiva que a pessoa tem desses factores, incluindo a percepção de si própria. Segundo a autora, a avaliação da qualidade de vida tenta medir os efeitos combinados desses factores objectivos e subjectivos no bem-estar humano. As medidas objectivas, ou indicadores sociais, representam, num sentido amplo do termo, o padrão de vida do indivíduo e as condições do ambiente em que esse indivíduo se insere. A qualidade de vida subjectiva tem, por outro lado, vindo a ser definida como o grau em que a vida do indivíduo é satisfatória para esse mesmo indivíduo, ou seja, se ela corresponde às percepções individuais, às crenças, aos sentimentos e expectativas desse mesmo indivíduo.

Segundo Escudeiro e colaboradores (2006), a qualidade de vida é um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física do indivíduo. Tem sido descrita como compreendendo capacidades de adaptação ao *stress*, presença de redes sociais de apoio e integração social, satisfação com a vida, auto-estima, felicidade, forma física, sendo que é significativamente influenciada pelas desordens psiquiátricas. Segundo os autores, muito embora não exista consenso em torno da definição do conceito de Qualidade de Vida e correspondentes instrumentos de avaliação, a grande maioria das conceptualizações propõe constelações relacionadas com dimensões subjectivas e objectivas e aceitam que este seja um

conceito intimamente relacionado com o contexto em que o indivíduo se insere e com as suas idiossincrasias.

Quando começou a ser avaliada, a qualidade de vida, foi primeiramente avaliada por um observador externo, um profissional de saúde, usualmente. Com o avançar dos conhecimentos, os investigadores chegaram à conclusão que a qualidade de vida só podia ser avaliada correctamente se incluísse a avaliação da própria pessoa, e que o juízo exclusivo dos agentes de saúde não era suficiente (Slevin, Plat & Lynch, 1988).

Segundo Moreno e Ximénez (1996), diferentes investigações têm encontrado frequentes discrepâncias entre os pacientes e os médicos na hora de determinar a qualidade de vida. Segundo os autores, não é de estranhar que surjam problemas quando se trata de determinar quem deve avaliar ou determinar a qualidade de vida. Não bastam os bens concretos para gerar satisfação, é preciso desejá-los também. Ou seja, se um avaliador avalia a qualidade de vida em função de desejos e parâmetros que não são os do sujeito que ele vai avaliar, essa mesma avaliação fica comprometida.

Segundo Oliver e colaboradores (1996), a qualidade de vida é um conceito basicamente referido ao tipo de resposta individual e social ante um conjunto de situações reais da vida diária. Ou seja, ainda que inclua as componentes do bem-estar objectivo, centra-se na percepção e na estima desse bem-estar, na análise dos processos que conduzem a essa satisfação e nos elementos integrantes da mesma. Segundo os mesmos autores, entre os diferentes elementos integrantes do conceito de qualidade de vida, sobressai o de saúde. Foi, não só, o que emergiu primeiro historicamente, como é também o mais básico de todos. A sua importância para a qualidade de vida é dupla: por um lado, o nível de saúde afecta directamente a qualidade de vida, de modo que grande parte da variância das actividades diárias pode estar em correlação com a saúde; por outro lado, repercute indirectamente na qualidade de vida ao afectar o resto dos elementos ou dos valores que estão presentes na qualidade de vida: trabalho, ócio, autonomia, relações sociais, etc. Contudo, segundo os autores, apesar desta importância, englobar a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo no conceito de saúde seria erróneo e suporia uma ruptura do marco conceptual traçado. A sobre-dimensionalização do conceito de saúde é pouco vantajosa, incluso para o mesmo. Confundir os factores físicos e materiais, económicos e sociais, com os de saúde, é uma forma de perder a capacidade operativa sobre todos eles.

Como já foi referido na introdução, Qualidade de Vida, segundo a definição da OMS (OMS, 2011), é “a percepção que o indivíduo faz sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objectivos,

expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo de classificação, influenciado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, pelas suas relações sociais, pelo seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente. Esta conceptualização foi adoptada pela OMS no seu estudo multicêntrico que teve por objectivo principal elaborar um instrumento<sup>24</sup> que avaliasse a qualidade de vida numa perspectiva internacional e transcultural.

## **2.2. Qualidade de Vida na Toxicodependência**

Segundo Escudeiro e colaboradores (2006), muito embora desde os anos 80 tenha havido um grande investimento nos estudos relacionados com a qualidade de vida, existe um número reduzido de investigações que examinem a qualidade de vida em sujeitos consumidores de drogas.

A análise desta mesma dimensão nos toxicodependentes é particularmente relevante, dada a reconhecida perturbação que o consumo de substâncias psicoactivas acarreta na maioria das situações, e que se traduz em termos físicos, emocionais e sociais (Irwin, 1981).

Há medida que a toxicodependência se agrava, a vida social de uma pessoa e os seus envolvimento produtivos na sociedade tornam-se mais instáveis e correm grandes riscos de se romperem. Os doentes despendem maiores quantidades de tempo a pensamentos relacionados com as substâncias, com a sua procura e o seu uso (Henriques, 2004). Como consequência do aumento dos consumos e comportamentos associados, a atenção devotada à família e às relações pessoais, trabalho, e saúde diminuem, levando a problemas profundos na vida individual e na vida de familiares e amigos.

O tratamento da toxicodependência, frequentemente, centrou-se no uso das substâncias (Metzger, Davis & O'Brien, 1996). A atenção era dada à quantidade e à frequência dos consumos. Por outras palavras, aquilo que realmente interessava era a abstinência ou não do sujeito consumidor (Rush, 2004). Pensava-se que os problemas dos sujeitos consumidores eram o resultado do uso de substâncias, e que esses problemas se dissipariam se o sujeito deixasse os consumos. Esperava-se que o funcionamento nas áreas da vida complementares à saúde (e mesmo a saúde), como a social, relacional, ocupacional, etc., melhorassem assim que o uso de substâncias estivesse sob controlo. Vários relatos, contudo, chamaram atenção para que as coisas não eram bem assim, e puseram em causa a validade deste modelo da dependência, que causalmente ligava os problemas sociais, ocupacionais e

---

<sup>24</sup> WHOQOL. É o instrumento que nós vamos utilizar na nossa investigação.



psicológicos de um indivíduo dependente, ao uso de substâncias (Iraurgi, Casas, Celorio & Díaz-Sanz, 1999). Várias investigações descobriram que melhorias nestas áreas problemáticas relacionadas nem sempre ocorrem quando o uso da substância cessa. Verificou-se que muitos pacientes que pararam de usar substâncias continuavam a experimentar problemas noutras áreas de funcionamento. Estes achados sugeriram que nem sempre os indivíduos experimentam mudanças positivas na sua qualidade de vida como resultado da eliminação do uso da substância.

Esta questão tem importantes implicações no desenho das intervenções clínicas e na avaliação do seu sucesso (Metzger, Davis & O'Brien, 1996). As intervenções devem ser dirigidas ao total dos problemas experimentados pelos indivíduos e não, apenas, focar-se no uso de substâncias. As desordens por uso de substâncias não podem ser diagnosticadas e tratadas apenas com base na quantidade e frequência do uso, ou na abstinência. É importante que se dê atenção, também, a outros aspectos. O parar dos consumos é importante, mas não é suficiente. É preciso dar uma atenção muito especial à qualidade de vida. Assim, é importante que os critérios seleccionados para determinar dos progressos no tratamento estejam ligados à qualidade de vida de cada indivíduo (Smith & Larson, 2003). Por exemplo, é apropriado que o emprego seja um objectivo e um critério de sucesso para um paciente que tenha perdido o emprego como resultado dos consumos. Contudo, para um indivíduo que entra em tratamento com uma história de desemprego crónico, a aplicação de emprego como um objectivo de tratamento é menos válida.

Segundo Rodrigues (2006), existem poucos estudos que documentem a avaliação do carácter subjectivo da qualidade de vida aplicada à área de tratamento com metadona. Segundo a autora, os estudos existentes centram-se na avaliação da efectividade dos programas de manutenção com metadona através de critérios chamados “duros” (*hard*), ou objectivos, como, por exemplo, a diminuição do consumo de drogas, a diminuição da criminalidade (numero de detenções), o aumento da actividade laboral (obtenção de emprego legal) ou a redução da morbilidade/mortalidade (redução da via endovenosa, associada à infecção por HIV ou ao numero de overdoses). Se bem que estes critérios objectivos sejam eficazes e necessariamente avaliáveis num programa de manutenção com metadona, segundo a autora, muitas vezes obedecem apenas à justificação de políticas assistenciais, ou procuram a conformidade e aprovação da comunidade (redução do estigma social e das resistências a este tipo de tratamento). Segundo Rodrigues, o resultado terapêutico de um determinado programa não deve obedecer apenas a estes indicadores “duros” (de âmbito clínico, social ou comunitário), mas deve centrar-se, também, sobre a avaliação subjectiva e sobre a resposta ou

modificação produzida no utente do programa. Segundo Rodrigues, a consideração da importância da percepção que os indivíduos tem acerca do impacto do tratamento de metadona na sua vida, para além dos indicadores objectivos, deve ser uma estratégia a incorporar no tratamento de manutenção com metadona, de forma a torná-lo mais efectivo. O mesmo poderíamos dizer, acrescentamos nós, para os outros programas terapêuticos (naltrexona, buprenorfina, só psicoterapia, etc.).

Segundo (Henriques, 2004), a análise da qualidade de vida na toxicodependência permite: julgar dimensões físicas e mentais; alargar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos; e auxiliar na definição de estratégias de intervenção.

Segundo Smith e Larson (2003), a aplicação de um questionário de qualidade de vida permite, não só a comparação entre indivíduos com a mesma condição (evolução de indivíduos num programa de manutenção com metadona), mas também entre diferentes condições (por exemplo, programa de manutenção com metadona *vs* programa de tratamento livre de drogas *vs* programa de manutenção com metadona em doentes com patologia psiquiátrica).

Escudeiro e colaboradores (2006), avaliaram a qualidade de vida dos utentes toxicodependentes do CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) de Gaia. Os resultados obtidos pela investigação destes autores foram os seguintes: Os autores verificaram que o sexo e a idade não inferiam na qualidade de vida. Verificaram que os anos de consumo (mais anos de consumo) tinham uma repercussão negativa na qualidade de vida, principalmente no que respeita às relações sociais. Verificaram que o consumir, mesmo quando esporadicamente, estava associado a uma pior qualidade de vida por parte dos sujeitos, quando comparados com aqueles que não consumiam. Verificaram que o trabalho era um factor muito importante para a qualidade de vida, sendo esta maior nos utentes empregados. Verificaram que os utentes com VIH, contrariamente às expectativas iniciais dos autores, não apresentavam diferenças significativas relativamente aos utentes seronegativos no domínio psicológico. Verificaram haverem diferenças entre os utentes inseridos em diferentes programas terapêuticos: verificaram que os utentes em programa com metadona tinham uma pior qualidade de vida no domínio físico e verificaram que os utentes em programas livres de droga (programa psicoterapêutico e programa com antagonista) apresentavam melhores resultados que os utentes inseridos em programas de substituição/manutenção (agonistas).

Deste capítulo, concluímos a necessidade de mais e melhores avaliações da qualidade de vida nos sujeitos toxicodependentes. São necessárias investigações aprofundadas acerca da

variação da qualidade de vida relativa aos vários tipos de consumos e aos vários tipos de consumidores que podem ser encontrados em tratamento. Julgamos que tal avaliação terá um efeito benéfico na compreensão do modo de vida dos consumidores e que ajudará, assim, a tornar mais eficaz o tratamento da toxicodependência.

### **Capítulo III – Psicopatologia e Toxicodependência**

O estudo da psicopatologia associada à toxicodependência está bem documentado. Alguma bibliografia pode ser encontrada sobre o tema.

O abuso de drogas, e, especialmente, a dependência de drogas, são desordens complexas que incluem sinais e sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos (Ferreira-Borges & Filho, 2004). São perturbações que se caracterizam pela heterogeneidade clínica em termos da sua apresentação clínica, severidade, vulnerabilidade, sequelas e comorbilidade, e que acarretam consigo um grande sofrimento e uma necessidade de ajuda em várias áreas (Machado & Klein, 2007). A heterogeneidade das toxicodependências aumenta a dificuldade em estabelecer a etiologia destas multifacetadas desordens, de aplicar tratamentos adequados e de prever os resultados do tratamento no tempo (Santos & Carrilho, 2004). Todas estas questões mostram-se cruciais para os centros de abusos de drogas e/ou dependência, que nas suas procuras pelo tratamento de maior eficácia são frequentemente confrontados com uma gama de necessidades bio-psico-sociais muito para além do uso de drogas propriamente dito (Filho, 2004).

Segundo Torres e Rodrigues (2007), a sintomatologia psicopatológica pode alterar o percurso do tratamento dos sujeitos, assim como prever o uso de determinadas substâncias (nomeadamente o álcool). Segundo estes autores, várias são as razões que justificam que se determine se existe, concomitantemente ao tratamento da toxicodependência, sintomatologia psicopatológica ou mesmo doença psiquiátrica. Segundo os autores, o diagnóstico e tratamento precoce do alcoolismo e de toda a psicopatologia coexistente são fundamentais uma vez que permitem uma adequada intervenção e a prevenção de recaídas.

Segundo Machado e Klein (2007), a pesquisa recente mostrou que as características individuais, mais que a droga, têm um papel dominante na vulnerabilidade ao abuso de drogas. Segundo Glantz (1992), o desajustamento social e psicológico, frequentemente, precede o primeiro uso de droga.

Depois de durante muito tempo se terem procurado síndromes e perturbações de personalidade específicas em toxicodependentes, chegou-se a uma conclusão (Ferreira, 2004; Fontaine e col., 1998): não é possível agrupar todos os toxicodependentes sobre uma mesma taxinomia. A investigação demonstrou que os toxicodependentes constituem um grupo heterogéneo, com personalidades diferentes e com diferentes tipos de psicopatologia associada. Segundo Fontaine e colaboradores (1998), é, mesmo, preciso ter muito cuidado

com diagnósticos generalizadores e simplistas que são factores de mal-entendidos, de confusão, e de falsas soluções.

Uma coisa é certa, contudo, e aqui todas as investigações se parecem encontrar de acordo, que as famílias confrontadas com a toxicodependência têm presente, na maior parte das vezes, problemas de carência de cuidados parentais muito precoces (Alarcão, 2000; Godinho, 2007).

Segundo Fontaine e colaboradores (1998), a toxicodependência alimenta-se de todos os sofrimentos, e principalmente, do sofrimento psíquico, de que ela é, muitas vezes, uma tentativa abortada de alívio.

Assim, podemos concluir, e um número muito elevado de investigações apontam nesse sentido, que a população toxicodependente apresenta níveis de psicopatologia associada superiores ao normal, com particular incidência nas perturbações do humor, da ansiedade e da personalidade (Godinho, 2007; Rodrigues, 2006). Vejamos algumas dessas investigações.

Segundo Kebler (2007), aproximadamente 70% dos utilizadores de opiáceos tem um diagnóstico psiquiátrico concorrente ou exibem alguma sintomatologia psiquiátrica.

Segundo Regier e colaboradores (1990), os resultados de um estudo na Área de Captação Epidemiológica, baseado numa amostra de 20.291 indivíduos sorteada do geral da comunidade, indicaram que mais de metade daqueles que preenchiem os critérios de diagnóstico para abusadores de drogas também tinham sofrido de uma ou mais desordens mentais nalguma altura das suas vidas. Isto incluiu 28% de desordens de ansiedade, 26% de desordens do humor, 18% de desordens de personalidade anti-social e 7% de esquizofrenia. Alguns tinham desordens múltiplas. A prevalência de desordens mentais variou com a droga que era abusada, alcançando de 50% de abusadores de marijuana a 76% de abusadores de cocaína. Quase metade dos abusadores de drogas também tinham abusado do álcool nalgum momento das suas vidas.

Segundo Navarro (1996), os transtornos psicopatológicos mais importantes que se podem encontrar associados à toxicodependência são: *transtornos distímicos* (como forma de aliviar a ansiedade); *depressão* (sendo a depressão major o transtorno mais comum (54%) entre adictos de heroína. A depressão major e menor as alterações mais frequentes (30%) entre consumidores de cocaína, seguidas pelo transtorno bipolar (10-20%); e os *transtornos da personalidade*.

Segundo Gawin e Kleberm (1988), a prevalência do transtorno ciclotímico e do transtorno bipolar pode ser dez vezes mais elevada em consumidores de cocaína do que em consumidores de heroína, sugerindo uma eleição preferencial de cocaína por tais sujeitos<sup>25</sup>.

Segundo Kosten (1998), os dependentes de opiáceos com um consumo severo tendem mais à depressão, assim como aqueles que iniciam pela primeira vez um tratamento. Segundo Kosten, ainda, a doses mais altas de metadona corresponde uma maior tendência à depressão, particularmente comparando doses menores a 30mg diárias com doses superiores a 60mg (para estes grupos de pacientes, Kosten encontrou índices de depressão de 8 e 39%, respectivamente). Segundo o autor, o curso da depressão tende a diminuir durante o seguimento prolongado (Kosten verificou que durante 2,5 anos de seguimento com adictos de opiáceos, só uns 5,4% apresentou depressão, tanto nas avaliações iniciais como nas de seguimento, e 20,5% havia recuperado). Por fim, o autor refere uma prevalência uma prevalência de transtornos da personalidade em adictos a opiáceos de 26,5%. Numa amostra de 223 casos de dependentes de PBC (pasta base de cocaína), o autor encontrou uma prevalência de 10%.

Segundo Blatt (1990), os toxicodependentes podem ser distribuídos por três grupos: o grupo das perturbações de personalidade, o grupo de perturbações *borderline* e o grupo de deprimidos.

Segundo Cancrini (1994), que efectuou uma revisão da investigação científica acerca da psicopatologia presente nos indivíduos dependentes de drogas, é possível classificar os toxicodependentes em 4 grupos-tipo: o das Perturbações Adaptativas – nestes indivíduos existe uma relação evidente entre um acontecimento externo (trauma psíquico) e o comportamento de abuso de droga. O das Perturbações Neuróticas – nestes casos existe uma tendência para a redução da ansiedade interna através dos consumos de droga. O dos Psicóticos e *Borderliner's* – constituem um grupo heterogéneo onde o consumo de droga pode criar uma intensa experiência de liberdade. E o das Perturbações da Personalidade Anti-social – que frequentemente expressam os conflitos psíquicos através do *acting-out*.

Calsyn (1990) encontrou, numa amostra de 110 toxicodependentes, 47% com perturbação afectiva, 22% com perturbação da personalidade e 10% com sintomas psicóticos.

Hendriks (1990, cited in Ferreira, 2004) encontrou, numa amostra de 152 sujeitos em tratamento numa clínica de desintoxicação na Holanda, 80% de indivíduos que apresentavam pelo menos uma perturbação psiquiátrica para além do uso de substâncias. As três

---

<sup>25</sup> É certo que a relação é bidireccional, ou seja, também podemos supor que a cocaína potencia muito mais este tipo de perturbação que a heroína.

perturbações mais frequentes foram a personalidade anti-social, depressão e perturbações relacionadas com a ansiedade.

Segundo Navarro (1992), a prevalência dos transtornos esquizofrénicos na população de dependentes de heroína, cocaína e marijuana, não parece ser significativamente maior do que na população geral.

No que se refere a Portugal, os estudos que avaliam a psicopatologia dos toxicodependentes não são muitos (Godinho, 2007).

Godinho (2007), verificou que a população toxicodependente (tanto a em tratamento ambulatorio no CAT como a sem-abrigo) têm marcados comportamentos desviantes (mendicidade, roubo-furto e tráfico de drogas). Também verificou que a sua amostra apresentou valores superiores de psicopatologia aos encontrados numa amostra normativa portuguesa do sexo masculino. Além disso, a população da sua amostra apresentou em média depressões leves, pouco significativas, superiores à população normal mas de baixa intensidade. Almeida, D., Vieira, C, Almeida, M. C., Rijo, D. M. e Felisberto, A. J. (2005), obtiveram resultados semelhantes.

Machado e Klein (2007), obtiveram resultados significativos de *stress* psicológico correlacionado com a severidade da adição às drogas.

Escudeiro e colaboradores (2006), num estudo que avaliou a psicopatologia dos utentes do CAT de Gaia, chegaram aos seguintes resultados: Verificaram que os utentes mais velhos apresentavam um número maior de queixas associadas ao funcionamento somático. Verificaram que o trabalho, ocupação, renumerada, era importante para uma melhor saúde psicológica, nomeadamente, na vertente do humor (mais ou menos depressivo – os utentes com trabalho apresentavam um humor menos deprimido). Verificaram que os anos de consumo incidiam nefastamente no bem-estar psicológico dos utentes a todos os níveis. Encontraram diferenças significativas entre utentes inseridos em diferentes programas terapêuticos: verificaram que os utentes em programas livres de drogas (programa psicoterapêutico e programa antagonista) apresentavam menor frequência de queixas associadas à sintomatologia psicológica quando comparados aos que se encontravam em programas de substituição/manutenção (agonistas) (excepto na sintomatologia de pendor mais neurótico – ansiedade, ansiedade fóbica).

Para concluir este capítulo, devemos salientar a enorme variedade e diversidade de psicopatologia associada à toxicodependência. Correndo o risco de ser um pouco repetitivo, mas salientando um ponto que achamos essencial, voltando um pouco atrás, não podemos

deixar de voltar a dizer, com Fontaine e colaboradores (1998), que a toxicodependência se alimenta de todo o sofrimento, sem distinção.

De futuro, sugerimos que se aprofunde o modo como a toxicodependência se adapta a cada uma das psicopatologias consideradas. Ou seja, que funções assume a droga em cada uma das psicopatologias consideradas, qual é a função da droga na depressão, na ansiedade, nas perturbações ciclotímicas, nas psicoses, nas várias perturbações da personalidade, etc. Achamos que é um assunto que merece uma dissertação só por si.



## **II Parte – Investigação Empírica**

## **Capítulo IV – Metodologia**

### **4.1. Desenho do Estudo**

O presente estudo é um estudo exploratório e enquadra-se no grupo das investigações *quantitativo-correlacionais* (Almeida & Freire, 2003).

### **4.2. Objectivos da Investigação e sua Fundamentação**

Como tentamos demonstrar na parte teórica deste trabalho, a literatura, até à altura, têm demonstrado a importância da qualidade de vida e da psicopatologia para o tratamento e recuperação dos toxicodependentes.

Os objectivos específicos deste estudo são:

- 1 – Caracterização dos utentes do CRI de Braga com problemática de toxicodependência em termos sócio-demográficos para que seja possível uma melhor compreensão desta população.
- 2 – Avaliar a Qualidade de Vida dos respectivos utentes.
- 3 – Avaliar a Psicopatologia dos referidos utentes.
- 4 – Estudar a correlação da Qualidade de Vida e da Psicopatologia na toxicodependência.
- 5 – Estudar as variações da Qualidade de Vida e da Psicopatologia entre os vários Programas Terapêuticos à disponibilidade dos utentes no CRI de Braga.

Posteriormente, com o decurso da investigação, aprofundamos as seguintes questões:

- 1 – De que modo as variáveis Sócio-Demográficas, Clínicas, Qualidade de Vida e Psicopatologia se relacionam entre si?
- 2 – Haverá diferenças nas características Sócio-Demográficas, Qualidade de Vida e Psicopatologia dos utentes que consomem distintas substâncias (heroína, cocaína, haxixe, álcool)?
- 3 – O tempo de tratamento influirá na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes?
- 4 – A abstinência e o tempo de abstinência são importantes para melhorias na Qualidade de Vida e Psicopatologia dos utentes?

### **4.3. Hipóteses**

Hipótese 1: Espera-se que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia variem de forma inversa, isto é, que quanto maior for a Qualidade de Vida menor seja a Psicopatologia, e vice-versa.

Hipótese 2: Espera-se que haja diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos.

Hipótese 3: Espera-se que haja diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes com diferentes drogas de eleição (heroína, cocaína, álcool, haxixe).

Hipótese 4: Espera-se que os utentes com maior tempo de abstinência tenham uma maior Qualidade de Vida e menores índices de Psicopatologia.

Hipótese 5: Pretende-se averiguar se um maior tempo de abstinência é explicado pela inserção num qualquer dos programas terapêuticos disponíveis (metadona, naltrexona, buprenorfina, só psicoterapia de apoio).

Hipótese 6: Pretende-se averiguar se há diferenças no tempo de abstinência dos utentes inseridos em diferentes programas terapêuticos.

Hipótese 7: Espera-se que os utentes com maior tempo de tratamento apresentem uma maior Qualidade de Vida e menores índices de Psicopatologia.

### **4.4. População e Amostra**

Este estudo foi realizado com 47 pessoas, de ambos os géneros, recrutados no CRI de Braga, junto da Equipa de Tratamento. O critério de selecção que presidiu ao recrutamento foi a dependência de substâncias. Foram dados a conhecer aos sujeitos os objectivos da investigação e pedido o seu consentimento (informado) (ver Anexo I). Não houve qualquer critério de exclusão dentro da dependência de substâncias.

#### 4.5. Variáveis Estudadas

As variáveis foram seleccionadas tendo em conta as questões da investigação e as hipóteses formuladas.

As variáveis Sócio-Demográficas seleccionadas foram: a Idade, o Sexo, o Estado Civil, o Nível de Escolaridade, a Situação Profissional, a Independência Financeira e a Coabitação.

As variáveis clínicas/psicossociais são:

- a) Doenças causadas pela toxicodependência;
- b) VIH;
- c) Hepatites;
- d) Psicose;
- e) Tempo de tratamento;
- f) Consumos de heroína;
- g) Idade de início dos consumos de heroína;
- h) Consumo de cocaína;
- i) Idade de início do consumo de cocaína;
- j) Consumo de haxixe;
- k) Idade de início do consumo de haxixe;
- l) Consumo de álcool;
- m) Idade de início do consumo de álcool;
- n) Consumo de outras drogas;
- o) Idade de início do consumo de outras drogas;
- p) Droga de eleição;
- q) Consumos injectáveis;
- r) Consumo injectáveis regulares;
- s) Partilha de material injectável;
- t) Programa terapêutico (Antagonista Opiáceo; Metadona; Buprenorfina; Só Psicoterapia de Apoio);
- u) Tentativas anteriores de tratamento;
- v) Tempo de abstinência;
- x) Familiares com problemas de álcool ou drogas;

y) Idade do primeiro contacto com o CRI.

As variáveis psicológicas são:

1 – Psicopatologia:

- a) Somatização;
- b) Obsessivo-Compulsivo;
- c) Sensibilidade Interpessoal;
- d) Depressão;
- e) Ansiedade;
- f) Hostilidade;
- g) Ansiedade Fóbica;
- h) Ideação Paranóide;
- i) Psicoticismo;
- j) Índice Geral de Sintomas (IGS);
- k) Total de Sintomas Positivos (TSP).

2 – Qualidade de Vida:

- a) Domínio I – Físico;
- b) Domínio II – Psicológico;
- c) Domínio III – Relações Sociais;
- d) Domínio IV – Ambiente;
- e) Domínio V – Geral.

#### **4.6. Instrumentos**

No presente estudo, os seguintes instrumentos foram utilizados: Questionário Clínico e Sócio-Demográfico; Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI); e Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-*bref*). Passaremos, de seguida, à descrição mais aprofundada de cada um deles e à sua respectiva caracterização, no estudo e fora dele.

#### **4.6.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico**

Este questionário integra questões com vista à caracterização sócio-demográfica do toxicodependente, tais como a idade, o sexo, a nacionalidade, o nível de escolaridade, a profissão, a situação profissional, o estado de dependência ou independência financeira, a coabitação e o estado civil (ver Anexo I). Além disso, pretende recolher, também, informações clínicas relevantes, tais como o estado de saúde, se o doente padece ou não de alguma doença (para além da toxicodependência), o tempo e o motivo de tratamento, o programa terapêutico em que o utente se insere, as drogas que consome, assim como a história relacionada com elas (idades de início, meios de administração), a droga de eleição, o consumo por via endovenosa e a partilha de material, a abstinência, se o doente tem familiares com problemas de toxicodependência, se tem algum problema de saúde causado pela toxicodependência e a idade do primeiro contacto com o CRI (ver Anexo I). Foi construído tendo em conta os preceitos dados para a investigação em psicologia (Almeida & Freire, 2003).

#### **4.6.2. *Brief Symptom Inventory* (BSI)**

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é um inventário de auto-resposta com 53 itens que avalia os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas. Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. A escala é do tipo *likert*, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nunca* a *Muitíssimas Vezes*. Os sintomas psicopatológicos são avaliados em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Este instrumento corresponde a uma versão mais pequena do SCL-R-90 (Canavarro, 2008) que mede as mesmas dimensões. Os itens foram seleccionados com base na análise factorial, tendo sido escolhidos os que apresentavam maiores *loadings* em cada dimensão.

#### **Cotação/Interpretação**

As dimensões de sintomatologia primária são: *Somatização* (sintomatologia psicológica associada a disfunções corporais – itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), *Obsessivo-Compulsivo* (pensamentos ou acções que são experienciadas como irresistíveis pelo sujeito e do qual ele não tem controlo – itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoal*

(sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, desconforto em relações interpessoais – itens 20, 21, 22, 42), *Depressão* (sintomas de depressão tais como humor e afecto disfórico, sentimentos negativos em relação ao futuro, etc. – itens 9, 16, 17, 18, 35, 50), *Ansiedade* (sintomas clínicos normalmente associados com elevada ansiedade tais como nervosismo, tensão, pânico, etc. – itens 1, 12, 19, 38, 45, 49), *Hostilidade* (pensamentos, sentimentos e acções tais como irritação, aborrecimento, vontade de partir coisas e acessos de cólera – itens 6, 13, 40, 41, 46), *Ansiedade Fóbica* (ansiedade típica das fobias ou agorafobia tal como medo intenso de viajar, de espaços abertos, de multidões, etc. – itens 8, 28, 31, 43, 47), *Ideação Paranóide* (características tais como projecção, hostilidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e suspeição – itens 4, 10, 24, 48, 51), *Psicoticismo* (sinais de um estilo de vida alienado, sintomas de psicose – itens 3, 14, 34, 44, 53). Existem quatro itens que não pertencem a qualquer uma das dimensões (11, 25, 39, 52), pois representam indicadores clínicos e vegetativos importantes (Canavarro, 2008). Da soma dos itens podem-se obter três índices globais de sintomatologia no BSI: o Índice Geral de Sintomas (é o melhor indicador da sintomatologia do indivíduo e deve ser usado sempre que uma medida sumária é exigida; dá informações sobre o número de sintomas e intensidade da sintomatologia), o Total de Sintomas Positivos (representa a contagem dos sintomas que o indivíduo experiencia) e o Índice de Sintomas Positivos (medida pura da intensidade “corrigida”; permite saber se o indivíduo aumentou ou atenuou a sintomatologia na forma como respondeu ao inventário).

A interpretação é feita a três níveis. Primeiro, deve-se focar no resultado global que representa o IGS. Depois, deve-se ter em atenção as nove dimensões primárias que permitem traçar um perfil do indivíduo em termos psicopatológicos e nos dá informação sobre a sintomatologia. Finalmente, ao nível dos sintomas discretos, que fornecem informação pormenorizada importante para decisões clínicas (Canavarro, 2008).

### **Características Psicométricas**

Os autores referem uma boa consistência interna para as nove dimensões que vão desde .71 (Psicoticismo) até .85 (Depressão). A boa fiabilidade é suportada por outros estudos independentes, não existindo, contudo, uma medida de fiabilidade para qualquer um dos três índices globais. Os coeficientes teste-reteste para cada uma das nove dimensões variam entre .68 (Somatização) e .91 (Ansiedade Fóbica) e para os três índices globais de .87 (ISP) até .90 (IGS).

No que diz respeito à validade, as correlações entre o BSI e o MMPI vão desde .30 até .72, sendo que as correlações mais significativas se situam nos .50. A análise factorial confirmou a construção *a priori* das dimensões, para além de que as correlações entre o BSI e o SCL-R-90 eram entre .90 e .99 (Canavarro, 2008).

### **Versão Portuguesa**

Os valores médios obtidos para a versão portuguesa foram: Índice Geral de Sintomas .83 (DP=0.48); Total de Sintomas Positivos 26.99 (DP=11.72); Índice de Sintomas Positivos 1.56 (DP=0.38). Foram definidos pontos de corte entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população geral, utilizando-se o Índice Geral de Sintomas. Assim, com uma nota no IGS  $\geq 1.7$ , é possível encontrarmos pessoas perturbadas a nível emocional, e abaixo desse valor, indivíduos da população geral (Canavarro, 2008).

Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* de Cronbach entre .62 (*Psicoticismo*) e .79 (*Somatização*) e coeficientes de teste-reteste entre .63 (*Ideação Paranóide*) e .81 (*Depressão*) (Canavarro, 2008).

As correlações *split-half* e os coeficientes de *Spearman-Brown* são igualmente abonatórios da consistência interna da escala, sendo, mais uma vez, os valores mais baixos os valores das escalas de *Ansiedade Fóbica* ( $R_{split-half} = .403$ ; Coeficiente *Spearman-Brown* = .574) e do *Psicoticismo* ( $R_{split-half} = .413$ ; Coeficiente *Spearman-Brown* = .585). O instrumento revela ainda uma boa estabilidade temporal (Canavarro, 2008).

O BSI possui boa validade discriminativa (população geral versus população perturbada emocionalmente) bem como uma elevada correlação com o MMPI (Canavarro, 2008)

Estudos de fiabilidade e validade indicam que este instrumento avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 2008). O instrumento possui boa fidelidade e estabilidade temporal, sendo que as escalas de *Ansiedade Fóbica* e *Psicoticismo* são as que tem menor consistência interna quando comparadas com as restantes.

### **Versão do Estudo**

O estudo da consistência interna dos 53 itens do BSI nesta amostra está representado na tabela 1. A análise dos itens do BSI revelou que as correlações dos itens com o total se



encontram acima dos .20, sendo que no geral, contudo, as correlações são bastante superiores a este valor. As correlações variam entre .20 e .79, apresentando boa consistência interna.

**Tabela 1.** Coeficientes de consistência interna do *Brief Symptom Inventory* – 53 Itens (N = 47) Sumário da escala: Média = 70.13; Desvio Padrão = 35.346; *Alpha de Cronbach* = .96

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 1	67.70	1200.040	.580	.962
BSI – Item 2	69.72	1236.639	.256	.963
BSI – Item 3	69.06	1213.539	.409	.962
BSI – Item 4	69.19	1218.245	.428	.962
BSI – Item 5	68.23	1216.140	.392	.962
BSI – Item 6	67.89	1199.793	.630	.962
BSI – Item 7	69.15	1234.825	.195	.963
BSI – Item 8	69.55	1215.644	.496	.962
BSI – Item 9	69.15	1198.564	.610	.962
BSI – Item 10	68.04	1208.650	.517	.962
BSI – Item 11	68.53	1207.689	.531	.962
BSI – Item 12	68.98	1191.804	.639	.962

**Tabela 1.** Coeficientes de consistência interna do *Brief Symptom Inventory* – 53 Itens (N =

47) Sumário da escala: Média = 70.13; Desvio Padrão = 35.346; *Alpha de Cronbach* = .96  
(cont.)

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 13	68.60	1193.855	.591	.962
BSI – Item 14	68.51	1182.081	.727	.961
BSI – Item 15	68.98	1215.152	.369	.963
BSI – Item 16	68.36	1182.323	.700	.961
BSI – Item 17	68.17	1189.449	.787	.961
BSI – Item 18	68.43	1194.728	.689	.961
BSI – Item 19	69.04	1199.476	.586	.962
BSI – Item 20	68.74	1203.151	.691	.961
BSI – Item 21	68.55	1200.861	.660	.962
BSI – Item 22	69.21	1202.606	.566	.962
BSI – Item 23	69.19	1220.376	.338	.963
BSI – Item 24	68.47	1197.124	.601	.962
BSI – Item 25	68.47	1213.167	.364	.963
BSI – Item 26	68.32	1196.918	.629	.962

**Tabela 1.** Coeficientes de consistência interna do *Brief Symptom Inventory* – 53 Itens (N = 47) Sumário da escala: Média = 70.13; Desvio Padrão = 35.346; *Alpha de Cronbach* = .96 (cont.)

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 27	68.53	1207.080	.550	.962
BSI – Item 28	69.89	1237.967	.234	.963
BSI – Item 29	69.32	1211.439	.491	.962
BSI – Item 30	69.15	1205.782	.558	.962
BSI – Item 31	69.00	1204.391	.481	.962
BSI – Item 32	68.89	1188.315	.756	.961
BSI – Item 33	69.15	1217.564	.482	.962
BSI – Item 34	69.09	1207.645	.449	.962
BSI – Item 35	68.45	1193.774	.755	.961
BSI – Item 36	68.55	1206.818	.588	.962
BSI – Item 37	68.85	1200.825	.661	.962
BSI – Item 38	68.64	1196.236	.682	.961
BSI – Item 39	68.70	1184.301	.666	.961

**Tabela 1.** Coeficientes de consistência interna do *Brief Symptom Inventory* – 53 Itens (N = 47) Sumário da escala: Média = 70.13; Desvio Padrão = 35.346; *Alpha de Cronbach* = .96 (cont.)

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 40	68.96	1191.955	.609	.962
BSI – Item 41	68.98	1206.108	.487	.962
BSI – Item 42	68.96	1200.042	.638	.962
BSI – Item 43	69.23	1202.227	.557	.962
BSI – Item 44	68.89	1189.488	.674	.961
BSI – Item 45	69.62	1212.459	.607	.962
BSI – Item 46	68.79	1202.171	.540	.962
BSI – Item 47	69.34	1200.795	.654	.962
BSI – Item 48	68.23	1191.357	.743	.961
BSI – Item 49	68.38	1201.937	.559	.962
BSI – Item 50	69.13	1201.201	.666	.962
BSI – Item 51	68.64	1203.627	.469	.962
BSI – Item 52	68.36	1198.453	.585	.962

**Tabela 1.** Coeficientes de consistência interna do *Brief Symptom Inventory* – 53 Itens (N = 47) Sumário da escala: Média = 70.13; Desvio Padrão = 35.346; *Alpha de Cronbach* = .96 (cont.)

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 53	68.66	1190.795	.652	.961

Nas tabelas 2 a 10 são apresentados, respectivamente, os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do BSI, das subescalas *Somatização*, *Obsessivo-Compulsivo*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Depressão*, *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ansiedade Fóbica*, *Ideacção Paranóide* e *Psicoticismo*.

A análise das correlações dos itens da subescala *Somatização* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .44, variando entre .44 e .57, apresentando, portanto, boa consistência interna.

**Tabela 2.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: *Somatização* (4 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 5.04; Desvio Padrão = 3.141; *Alpha de Cronbach* = .726

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 20	3.66	6.447	.526	.378	.661
BSI – Item 21	3.47	5.907	.572	.372	.631
BSI – Item 22	4.13	6.027	.440	.249	.714
BSI – Item 42	3.87	5.853	.536	.318	.652

A análise das correlações dos itens da subescala *Obsessivo-Compulsivo* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .41, variando entre .41 e .75, apresentando, portanto, boa consistência interna.

**Tabela 3.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Obsessões-Compulsões (6 itens)  
Sumário de escala: N = 47, M= 9.26; Desvio Padrão = 4.766; *Alpha* de *Cronbach* = .786

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 5	7.36	17.323	.416	.216	.782
BSI – Item 15	8.11	16.836	.411	.284	.787
BSI – Item 26	7.45	17.209	.425	.426	.780
BSI – Item 27	7.66	15.795	.673	.499	.721
BSI – Item 32	8.02	14.760	.754	.636	.697
BSI – Item 36	7.68	16.787	.588	.395	.743

A análise das correlações dos itens da subescala *Sensibilidade Interpessoal* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .44, variando entre .44 e .57, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 4, pág. seguinte).

**Tabela 4.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Sensibilidade Interpessoal (4 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 5.04; Desvio Padrão = 3.141; *Alpha* de *Cronbach* = .726

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 20	3.66	6.447	.526	.378	.661
BSI – Item 21	3.47	5.907	.572	.372	.631
BSI – Item 22	4.13	6.027	.440	.249	.714
BSI – Item 42	3.87	5.853	.536	.318	.652

A análise das correlações dos itens da subescala *Depressão* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .49, variando entre .49 e .80, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 5, pág. seguinte).

**Tabela 5.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Depressão (6 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 9.09; Desvio Padrão = 5.262; *Alpha* de *Cronbach* = .863

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 9	8.11	19.923	.612	.528	.848
BSI – Item 16	7.32	18.222	.660	.579	.843
BSI – Item 17	7.13	18.940	.804	.691	.815
BSI – Item 18	7.38	19.502	.700	.554	.833
BSI – Item 35	7.40	19.985	.708	.510	.832
BSI – Item 50	8.09	21.949	.491	.315	.867

A análise das correlações dos itens da subescala *Ansiedade* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .43, variando entre .43 e .64, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 6, pág. seguinte).



**Tabela 6.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Ansiedade (6 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 8.40; Desvio Padrão = 4.717; *Alpha* de *Cronbach* = .778

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 1	5.98	15.760	.534	.386	.743
BSI – Item 12	7.26	14.455	.641	.494	.713
BSI – Item 19	7.32	15.918	.514	.362	.748
BSI – Item 38	6.91	15.949	.578	.396	.732
BSI – Item 45	7.89	18.054	.475	.315	.760
BSI – Item 49	6.66	16.664	.430	.347	.770

A análise das correlações dos itens da subescala *Hostilidade* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .57, variando entre .57 e .62, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 7, pág. seguinte).

**Tabela 7.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Hostilidade (5 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 9.21; Desvio Padrão = 4.511; *Alpha* de *Cronbach* = .807

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 6	6.98	14.152	.596	.400	.770
BSI – Item 13	7.68	12.744	.624	.438	.761
BSI – Item 10	7.13	14.027	.620	.414	.763
BSI – Item 11	7.62	14.415	.568	.357	.778
BSI – Item 16	7.45	12.905	.576	.335	.778

A análise das correlações dos itens da subescala *Ansiedade Fóbica* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .37, variando entre .37 e .74, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 8, pág. seguinte).

**Tabela 8.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Ansiedade Fóbica (5 itens)Sumário de escala: N = 47, M= 3.62; Desvio Padrão = 3.842; *Alpha* de *Cronbach* = .780

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 8	3.04	9.781	.687	.525	.699
BSI – Item 28	3.38	12.459	.395	.257	.786
BSI – Item 31	2.49	8.168	.664	.477	.701
BSI – Item 43	2.72	10.509	.372	.221	.806
BSI – Item 47	2.83	8.927	.742	.576	.672

A análise das correlações dos itens da subescala *Ideação Paranóide* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .23, variando entre .23 e .59, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 9, pág. seguinte).

**Tabela 9.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Ideação Paranoíde (5 itens)  
Sumário de escala: N = 47, M= 8.06; Desvio Padrão = 3.802; *Alpha* de *Cronbach* = .665

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 4	7.13	11.288	.317	.231	.654
BSI – Item 10	5.98	11.500	.234	.276	.689
BSI – Item 24	6.40	9.333	.487	.383	.580
BSI – Item 48	6.17	9.231	.593	.493	.533
BSI – Item 51	6.57	8.772	.483	.357	.582

A análise das correlações dos itens da subescala *Psicoticismo* com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .23, variando entre .23 e .61, apresentando, portanto, boa consistência interna (ver tabela 10, pág. seguinte).

**Tabela 10.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Psicoticismo (5 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 6.43; Desvio Padrão = 4.252; *Alpha* de Cronbach = .697

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
BSI – Item 3	5.36	13.279	.381	.183	.676
BSI – Item 14	4.81	11.463	.551	.521	.603
BSI – Item 34	5.38	14.198	.230	.234	.737
BSI – Item 44	5.19	11.984	.520	.522	.619
BSI – Item 53	4.96	11.302	.608	.480	.579

Concluindo, a análise da consistência interna das subescalas do BSI, nesta população, revelou que as subescalas apresentam *alphas* iguais ou superiores aos da versão adaptada à população portuguesa normal (.67 a .86 (nosso estudo) versus .62 a .79 (população normal)).

#### 4.6.3. Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF)

Reflectindo uma concepção transcultural e multidimensional, o WHOQOL – 100 foi construído através da colaboração de 15 Centros pertencentes a diferentes culturas e está estruturado em torno de seis domínio: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e aspectos associados à Espiritualidade, Religião, e Crenças Pessoais. Posteriormente, a OMS (1998) desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento, o WHOQOL-BREF, composta por 26 das 100 questões que compõe o WHOQOL – 100. Esta versão tem obtido bons desempenhos psicométricos e a sua estrutura têm subjacentes quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Vaz Serra *et al.*, 2006).

## Cotação/Interpretação

Os itens que compõe o WHOQOL-BREF estão organizados em escalas do tipo *Likert* de 5 pontos: intensidade (*nada a muitíssimo*), capacidade (*nada a completamente*), frequência (*nunca a sempre*) e avaliação (*muito insatisfeito a muito satisfeito, muito pobre a muito boa, muito mal a muito bem*), e foram formuladas quer de forma positiva como negativa.

O instrumento está organizado em cinco domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Geral*. Os resultados dos domínios obtêm-se pelo cálculo do somatório dos itens. Assim, correspondem ao domínio *Físico* os itens 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18, ao domínio *Psicológico* os itens 5, 6, 7, 11, 19, 26, ao domínio *Relações Sociais* os itens 20, 21, 22, ao domínio *Ambiente* os itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, e ao domínio *Geral* os itens 1, 2. É importante referir que os itens 3, 4 e 26 estão formulados negativamente e, como tal, devem ser invertidos.

Os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida no domínio considerado. O instrumento não produz um valor total, sendo que os resultados obtidos em cada domínio devem ser transformados de modo a que se possam comparar com outros instrumentos validados (0-20 e 0-100) (Vaz Serra *et al.*, 2006).

## Características Psicométricas

As características psicométricas do WHOQOL-Bref preencheram os critérios de consistência, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e fidelidade teste-reteste, básicos numa avaliação preliminar (Vaz Serra *et al.*, 2006).

O instrumento apresentou boa consistência interna, medida pelo *alpha* de *Cronbach*, quer se considerem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios (Vaz Serra *et al.*, 2006).

A capacidade de discriminar pacientes de indivíduos normais (validade discriminante) foi observada nos domínios 1 (Físico), 2 (Psicológico) e 4 (Ambiente), sendo neste último com nível de significância limítrofe ( $\alpha=.06$ ). O domínio 3 (Relações Sociais) não apresentou capacidade de discriminação entre pacientes e população não-clínica. Estes dados diferem dos dados globais do desenvolvimento do instrumento breve em que todos os 4 domínios discriminaram de forma estatisticamente significativa diferenças entre a população não-clínica e pacientes. Os dados gerais do instrumento foram obtidos a partir de uma amostra de 11275 proveniente de diferentes centros enquanto o teste de campo foi realizado a partir de

300 indivíduos. Possivelmente o nível de significância limítrofe referente ao domínio 4 deve-se ao tamanho da amostra. O facto de o domínio 3 não apresentar capacidade de discriminação entre pacientes e população não-clínica pode simplesmente significar que o facto de estar doente não interfere com as relações sociais. O domínio 3 é o domínio que é representado no instrumento pelo menor número de itens (3) e consequentemente pelo menor número de questões. A menor representação em termos do número de questões é um factor que o deixa, do ponto psicométrico, como um domínio menos estável, o que explicaria em parte esta incapacidade de discriminação (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Quando os pacientes foram divididos segundo a sua origem (Clínica, Cirurgia, Ginecologia e Psiquiatria) houve uma tendência para os pacientes psiquiátricos apresentarem os resultados mais baixos em todos os domínios (excepto “nível de independência”). No outro extremo, os indivíduos da população não-clínica apresentaram os melhores resultados em cada um dos domínios (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Para estudar a validade de critério do WHOQOL-BREF, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a “qualidade de vida geral”. Observou-se que 3 dos 4 domínios fizeram parte do modelo, explicando 44% da variância. Assim, podemos inferir que com a excepção do domínio 3, os domínios restantes foram importantes na definição de qualidade de vida numa amostra de pacientes com doentes de diferente natureza e gravidade (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Quando se comparou a correlação entre os diferentes domínios, observou-se que todos os domínios apresentavam coeficientes de correlação significativos entre si, sendo que a correlação entre os domínios *Físico* e *Psicológico* foi a mais alta (Vaz Serra *et al.*, 2006).

A escala de Beck para Depressão (BDI) e a escala de desesperança de Beck (BHS) foram utilizados como instrumentos de avaliação indirecta de validade concorrente. Estes instrumentos apresentaram correlação significativa com todos os domínios. Tanto o BDI como o BHS apresentaram os maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Finalmente, quando foi avaliada a fidelidade teste-reteste, observou-se que não haviam diferenças significativas entre as médias das duas medidas. Todos os coeficientes de correlação das medidas de teste-reteste foram significativas, com coeficientes superiores a .69 (Vaz Serra *et al.*, 2006).

## Versão Portuguesa

A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa seguiu a metodologia empregue pela OMS para a validação internacional do instrumento (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Existia, até então, uma versão de português do Brasil, contudo, as diferenças linguísticas e a existência de um contexto cultural diferente conduziram à necessidade de criar uma nova versão do instrumento. Os itens foram seleccionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral da Qualidade de Vida e a sua capacidade discriminativa (Vaz Serra *et al.*, 2006).

A versão portuguesa é constituída por 26 perguntas, representando as facetas específicas dos diferentes domínios, sendo que duas perguntas são mais gerais, relativas à percepção geral da Qualidade de Vida e à percepção geral de saúde (Vaz Serra *et al.*, 2006).

O estudo quantitativo compreendeu uma amostra total de 604 indivíduos, composta por 315 indivíduos da população normal e 289 doentes utentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra (Vaz Serra *et al.*, 2006).

O instrumento revelou boas características psicométricas de consistência interna, fiabilidade temporal, validade discriminante e validade de constructo, permitindo a sua utilização em Portugal (Vaz Serra *et al.*, 2006). No que diz respeito aos índices de consistência interna, o instrumento apresentou um *alpha* de Cronbach para os 26 itens de .95, para o domínio *Físico* de .87, para o domínio *Psicológico* de .84, para o domínio *Relações Sociais* de .64 e para o domínio *Ambiente* de .78.

Estes valores são semelhantes aos observados no estudo que reuniu as amostras de vários centros internacionais (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Em relação à estabilidade temporal, foi feita uma segunda aplicação a um subgrupo de 49 sujeitos, durante um intervalo de tempo que oscilou entre as 3 e as 5 semanas. Os resultados sugerem que o WHOQOL-Bref tem uma boa estabilidade temporal, com coeficientes que variam entre .65 e .85, não se observando diferenças entre as pontuações médias nas duas aplicações do instrumento (Vaz Serra *et al.*, 2006).

No que diz respeito à validade discriminante, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre um grupo de indivíduos da população normal e um de



indivíduos com patologia médica, sendo que os sujeitos da população normal apresentam maior Qualidade de Vida do que os sujeitos do grupo clínico (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Em relação à validade do constructo, os autores verificaram que os quatro domínios do instrumento se correlacionavam de forma estatisticamente significativa entre si (Vaz Serra *et al.*, 2006). Os melhores coeficientes encontram-se entre os domínios *Psicológico* e *Ambiente* ( $r=.57$ ), *Físico* e *Psicológico* ( $r=.55$ ) e *Relações Sociais* e *Ambiente* ( $r=.50$ ). De igual modo, todos os domínios se correlacionam significativamente com a faceta Geral, variando entre  $r=.44$  (*Relações Sociais*) e  $r=.72$  (*Físico*).

De modo a testar quais os melhores preditores da qualidade de vida, os autores também realizaram uma regressão linear múltipla em relação à faceta *Geral*. Os resultados mostraram que todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância (Vaz Serra *et al.*, 2006).

### Versão do Estudo

Nas tabelas 11 a 15 são apresentados, respectivamente, os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do domínio *Geral*, *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente*.

A análise das correlações dos itens do domínio *Geral* com o total da escala revelou que os itens apresentam correlações de .53, apresentando boa consistência interna.

**Tabela 11.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Domínio Geral (2 itens)

Sumário de escala: N = 47, M= 6.19; Desvio Padrão = 1.597; *Alpha* de *Cronbach* = .686

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada
WHOQOL – Item 1	3.28	.944	.526	.277
WHOQOL – Item 2	2.91	.732	.526	.277

A análise das correlações dos itens do domínio *Físico* com o total da escala revelou que os itens apresentam correlações acima dos .35, variando entre .35 e .78, apresentado boa consistência interna (ver tabela 12, pág. seguinte).

**Tabela 12.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Domínio Físico (7 itens)

Sumário de escala: N = 47, M= 23.77; Desvio Padrão = 5.374; *Alpha* de *Cronbach* = .762

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
WHOQOL – Item 3	19.85	23.260	.373	.146	.755
WHOQOL – Item 4	20.49	20.647	.515	.371	.726
WHOQOL – Item 10	20.38	24.502	.372	.233	.753
WHOQOL – Item 15	20.09	21.427	.566	.489	.715
WHOQOL – Item 16	20.91	22.688	.347	.273	.765
WHOQOL – Item 17	20.51	20.560	.776	.707	.678
WHOQOL – Item 18	20.36	21.323	.491	.427	.731

A análise das correlações dos itens do domínio *Psicológico* com o total da escala revelou que os itens apresentam correlações acima dos .25, variando entre .25 e .69, apresentado boa consistência interna (ver tabela 13, pág. seguinte).

**Tabela 13.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Domínio Psicológico (6 itens)Sumário de escala: N = 47, M= 19.91; Desvio Padrão = 4.398; *Alpha de Cronbach* = .771

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
WHOQOL – Item 5	16.15	12.434	.630	.507	.705
WHOQOL – Item 6	16.47	13.428	.600	.487	.716
WHOQOL – Item 7	16.77	14.009	.544	.342	.731
WHOQOL – Item 11	16.23	16.270	.245	.174	.800
WHOQOL – Item 19	16.72	12.987	.688	.490	.693
WHOQOL – Item 26	17.23	15.140	.410	.292	.763

A análise das correlações dos itens do domínio *Relações Sociais* com o total da escala revelou que os itens apresentam correlações acima dos .51, variando entre .51 e .65, apresentado boa consistência interna (ver tabela 14, pág. seguinte).

**Tabela 14.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Domínio Relações Sociais (3 itens) Sumário de escala: N = 47, M= 9.13; Desvio Padrão = 3.055; *Alpha* de *Cronbach* = .761

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
WHOQOL – Item 20	6.02	4.673	.618	.418	.652
WHOQOL – Item 21	6.15	4.390	.653	.448	.610
WHOQOL – Item 22	6.09	4.862	.512	.264	.771

A análise das correlações dos itens do domínio *Ambiente* com o total da escala revelou que os itens apresentam correlações acima dos .38, variando entre .38 e .67, apresentado boa consistência interna (ver tabela 15, pág. seguinte).

**Tabela 15.** Coeficientes de consistência interna de Subescala: Domínio Ambiente (8 itens)Sumário de escala: N = 47, M= 25.04; Desvio Padrão = 5.695; *Alpha* de *Cronbach* = .815

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação com o total (corrigida)	Correlação Múltipla Quadrada	<i>Alpha</i> se item eliminado
WHOQOL – Item 8	21.77	25.748	.519	.368	.796
WHOQOL – Item 9	21.79	25.519	.561	.458	.790
WHOQOL – Item 12	22.91	25.732	.568	.397	.789
WHOQOL – Item 13	21.79	26.997	.384	.306	.814
WHOQOL – Item 14	22.19	24.158	.667	.529	.774
WHOQOL – Item 23	21.45	23.774	.651	.548	.775
WHOQOL – Item 24	21.87	26.505	.422	.290	.809
WHOQOL – Item 25	21.53	25.472	.492	.324	.800

Concluindo, a análise da consistência interna das subescalas do WHOQOL-BREF, nesta população, revelou que as subescalas apresentam *alphas* aproximados aos da versão adaptada à população portuguesa normal (domínio Físico .76 (nosso estudo) vs .87 (população normal); domínio Psicológico .71 vs .84; domínio Relações Sociais .76 vs .64; e domínio Ambiente .82 vs .78).

#### 4.7. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados

Os dados foram recolhidos entre Dezembro de 2010 e Março de 2011 junto da equipa de tratamento do CRI de Braga. A resposta aos questionários foi realizada numa sala da referida instituição, com todas as condições apropriadas (privacidade, silêncio, iluminação, conforto, etc.).

Quanto à análise dos dados, estes foram processados no *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18. Os dados relativos à caracterização da amostra foram dispostos em quadros compostos de distribuição de frequências. As respostas às questões de investigação passaram, em primeiro lugar, pelo estudo da existência ou não dos corolários para aplicação de estatística paramétrica, isto é, as variáveis dependentes serem de natureza intervalar, seguirem uma distribuição normal e existir homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à dependente (Almeida & Freire, 2003). Relativamente à primeira hipótese, da correlação entre Qualidade de Vida e Psicopatologia, utilizamos o teste de correlação de Pearson, visto as variáveis seguirem uma distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2008). Quanto à segunda hipótese, a das diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos, optamos pela utilização da ANOVA *Oneway*, visto a amostra seguir uma distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2008), para averiguar de diferenças significativas entre os vários Programas. Na terceira hipótese, das diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia de utentes com diferentes Drogas de Eleição, visto tratar-se de apenas duas variáveis independentes, e da amostra seguir uma distribuição normal, optamos pela utilização do teste T de Student, para averiguar de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Pestana & Gageiro, 2008). Quanto à hipótese quatro, da correlação entre o tempo de abstinência e a Qualidade de Vida e a Psicopatologia dos utentes, visto tratar-se de uma distribuição não normal, optamos pela utilização do teste de correlação de Spearman (Pestana & Gageiro, 2008). No respeitante à quinta hipótese, se o tempo de abstinência diferiria entre os vários Programas Terapêuticos, visto a distribuição ser não normal, optamos pela utilização do teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes, para averiguar de diferenças significativas entre os grupos (Pestana & Gageiro, 2008). Por último, quanto à sexta hipótese, que um maior tempo de tratamento esteja correlacionado com melhores níveis de Qualidade de Vida e menores índices de Psicopatologia, visto a distribuição ser normal, optamos pela utilização do teste de correlação de Pearson (Pestana & Gageiro, 2008).

## Capítulo V – Resultados

### 5.1. Descritivos

Nesta secção é feita uma análise descritiva dos dados.

#### 5.1.1. Caracterização da Amostra

A amostra em questão é constituída por 47 indivíduos, 42 (89.4%) do sexo masculino e 5 (10.6%) do sexo feminino (tabela 16).

A média de idades da amostra é de 37.96 anos, com um desvio padrão de 8.40. A amostra apresenta um máximo de 62 anos e um mínimo de 24 anos. A mediana é 37 anos.

No que concerne ao estado civil, 57.4% dos sujeitos são solteiros, 17% casados, 2.1% encontram-se em estado de união de facto, 21.3% são divorciados e 2.1% são viúvos (tabela 16).

Relativamente à escolaridade, 10.6% tem entre a 1ª e a 4ª classe, 40.4% tem entre o 7º e o 9º ano, 14.9% entre o 10º e o 12º ano, e 4.3% tem estudos universitários (tabela 16).

Em relação à situação profissional, 27.7% dos utentes estão empregados, 61.7% desempregados, 6.4% reformados e 4.3% são estudantes (tabela 16).

Em relação à coabitação, 19.1% dos indivíduos entrevistados vivem sós, 48.9% estão com os pais, 2.1% não tem residência e 21.2% vive com companheiro (esposo ou esposa, namorado/a, etc.) (tabela 16).

**Tabela 16.** Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N = 47)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	42	89.4%
Feminino	5	10.6%

**Tabela 16.** Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N = 47) (cont.)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	27	57.4%
Casado	8	17%
União de Facto	1	2.1%
Divorciado	10	21.3%
Viúvo	1	2.1%
<b>Escolaridade</b>		
1ª a 4ª classe	5	10.6%
5º a 6º ano	14	29.8%
7º a 9º ano	19	40.4%
10º a 12º ano	7	14.9%
Estudos Universitários	2	4.3%
<b>Situação Profissional</b>		
		27.7%
Empregado	13	61.7%
Desempregado	29	6.4%
Reformado	3	4.3%
Estudante	2	
<b>Independência Financeira</b>		
		68.1%
Sim	32	31.9%
Não	15	



**Tabela 16.** Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N = 47) (cont.)

	n	%
<b>Coabitação</b>		
Só	9	19.1%
Pais	23	48.9%
Companheiro(a)	10	21.2%
Sem Residência	1	2.1%
Outros	4	8.4%

Dos 47 indivíduos entrevistados, 19, ou sejam, 40.4% sofre de alguma doença causada pela dependência e consumo de substâncias (tabela 17). Dezassete indivíduos (36.7%) sofrem de algum tipo de hepatite, quatro (8.5%) estão afectados pelo vírus do HIV e três (6.4%) sofrem de psicose (tabela 17).

Dos sujeitos entrevistados, todos eles, menos um (paciente alcoólico), eram consumidores regulares de heroína (tabela 17). 72.2% dos utentes eram, também, consumidores regulares de cocaína. 66% consumiam regularmente haxixe. 25.5% eram consumidores regulares de álcool. E, 31.9% consumiam ainda outras drogas (anfetaminas, etc.).

Quanto às idades de início em cada uma das drogas, pudemos obter as seguintes médias: 18.72 anos (DP=0.74) para a heroína, 18.91 anos (dp=0.90) para a cocaína, 15.23 anos (dp=0.58) para o haxixe e 15.92 anos para o álcool (dp=1.37) (tabela 18).

Do total de utentes entrevistados, 57.4% já haviam injectado, e destes 57.4% 38.3% faziam-no regularmente (tabela 17).

Quanto à partilha de material injectável, 21.3% dos sujeitos já haviam partilhado material (tabela 17).

No que concerne a familiares com problemas de drogas ou álcool, 44.7% dos utentes haviam familiares com problemas de drogas ou álcool (tabela 17).

A idade média do primeiro contacto com o CRI é aos 26.15 anos com um desvio padrão de 1.42 (tabela 18).

O tempo médio de tratamento dos utentes do CRI de Braga é de 8.3 anos, com um desvio padrão de 0.99. Os percentis para o tempo de tratamento são: 25% até um ano de tratamento, 50% até 7 anos de tratamento e 75% até 15 anos de tratamento. O máximo de tempo em tratamento que um sujeito apresenta é de 21 anos e a mediana é de 7 anos (tabela 18).

Quanto ao programa terapêutico, 44.7% dos utentes estava em tratamento com metadona, 8.5% com naltrexona, 29.8% com buprenorfina e 17% não faziam qualquer uma destas medicações (tabela 17).

89.4% dos sujeitos já haviam realizado algum tratamento anterior ao do momento.

**Tabela 17.** Caracterização Clínica da Amostra (N = 47)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doenças causadas pela toxicodependência</b>	19	40.4%
<b>Hepatites</b>	17	36.7%
<b>HIV</b>	4	8.5%
<b>Psicose</b>	3	6.4%
<b>Consumos</b>		
Heroína	46	97.9%
Cocaína	33	70.2%
Haxixe	31	66%
Álcool	12	25.5%
Outras drogas	15	31.9%

**Tabela 17.** Caracterização Clínica da Amostra (N = 47)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Droga de eleição</b>		
Heroína	29	61.7%
Cocaína	16	34%
Haxixe	1	2.1%
Álcool	1	2.1%
<b>Consumos injectáveis</b>		
Regularmente	18	38.3%
<b>Partilha de material injectável</b>		
	10	21.3%
<b>Famíliares com problemas de álcool ou drogas</b>		
	21	44.7%
<b>Programa terapêutico</b>		
Metadona	21	44.7%
Bruprenorfina	14	29.8%
Naltrexona	4	8.5%
Psicoterapia	8	17%
<b>Tratamentos anteriores</b>		
	42	89.4%
<b>Abstinência</b>		
	41	87.2%

87.2% dos utentes dão-se como abstinentes. O tempo médio de abstinência da amostra é de 23.07 meses, com um desvio padrão de 37.705 meses. A moda é de 12 meses e o máximo e o mínimo respectivamente de 144 e 0 meses (tabela 18). Os quartis dão 25% até 2 meses, 50% até 7 meses e 75% até 24 meses.

**Tabela 18.** Caracterização Clínica da Amostra. Análise das Frequências (N = 47)

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>[Min. e Máx]</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Idade de início</b>					
Heroína	18.72	5.001	[13 e 38]	17.50	17*
Cocaína	18.91	5.168	[14 e 38]	17	17
Haxixe	15.23	3.222	[10 e 25]	15	15
Álcool	15.92	4.738	[11 e 28]	15	15
<b>Idade do primeiro contacto com o CRI</b>					
	26.15	1.426	[13 e 55]	23.50	22
<b>Tempo de tratamento</b>					
	8.30	6.830	[0 e 21]	7	0
<b>Tempo de abstinência</b>					
	23.07	37.705	[0 e 144]	7	12

\*Existem múltiplas modas. O valor mais pequeno é apresentado.

### 5.1.2. Caracterização das Variáveis Psicológicas

Relativamente aos resultados do WHOQOL-Bref, ou seja, o questionário de qualidade de vida, para o domínio *Geral*, de satisfação geral com a vida, os resultados foram: média da amostra 52.39 (dp=19.96), mediana 50, moda 62.5, o mínimo e o máximo respectivamente 12.5 e 87.5. Para o domínio 1, ou seja, *Físico*, os resultados foram: 59.88 (dp=19.19), mediana 64.29, moda 64.29, mínimo 17.86, máximo 100. Para o domínio 2, *Psicológico*, os resultados foram: 57.98 (dp=18.32), mediana 58.33, moda 58.33, mínimo 16.67, máximo 95.83. Para o domínio 3, *Relações Sociais*, obtivemos os seguintes resultados: média 51.06 (dp=25.46), mediana 50, moda 50, mínimo 0, máximo 100. Por fim, para o domínio 4, *Ambiente*, a média foi de 53.26 (dp=17.79), mediana 56.25, moda 50, mínimo 18.75, máximo 90.63 (tabela 19, pág. seguinte).

**Tabela 19.** Resultados do WHOQOL-Bref. Estatística Descritiva Relativa aos Vários Domínios (N = 47)

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>[Mín. e Máx.]</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Domínio Geral</b>	52.39	19.96	[12.5 e 87.5]	50	62.5
<b>Domínio 1 Físico</b>	59.88	19.19	[17.86 e 100]	64.29	64.29
<b>Domínio 2 Psicológico</b>	57.98	18.32	[16.67 e 95.83]	58.33	58.33
<b>Domínio 3 Relações Sociais</b>	51.06	25.46	[0 e 100]	50	50
<b>Domínio 4 Ambiente</b>	53.26	17.79	[18.75 e 90.63]	56.25	50

Relativamente ao BSI, obtivemos os seguintes resultados: *Somatização* – média 6.36, desvio-padrão 4.62, mediana 5, moda 4, mínimo 0 e máximo 23; *Obsessivo-Compulsivo* – média 9.26, desvio-padrão 4.77, mediana 9, moda 9, mínimo 1 e máximo 21; *Sensibilidade Interpessoal* – média 5.04, desvio-padrão 3-14, mediana 5, moda 5, mínimo 0 e máximo 12; *Depressão* – média 9.09, desvio-padrão 5.26, mediana 10, moda 5, mínimo 0 e máximo 21; *Ansiedade* – média 8.50, desvio-padrão 4.72, mediana 8, moda 11, mínimo 0 e máximo 21; *Hostilidade* – média 7.43, desvio-padrão 4.96, mediana 7, moda 8, mínimo 0 e máximo 20; *Ansiedade Fóbica* – média 3.69, desvio-padrão 3.84, mediana 2, moda 0, mínimo 0 e máximo 7; *Ideação Paranóide* – média 8.06, desvio-padrão 3.80, mediana 8, moda 7, mínimo 1 e máximo 17; *Psicoticismo* – média 6.43, desvio-padrão 4.16, mediana 6, moda 5, mínimo 0 e máximo 17; IGS – média 1.32, desvio-padrão 0.67 (tabela 20, pág. seguinte).

**Tabela 20.** Resultados do BSI. Estatística Descritiva Relativa às Várias Dimensões (N = 47)

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>[Min. e Máx.]</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Somatização</b>	.91	.66	[0 e 3.29]	.71	.57
<b>Obsessivo-Compulsivo</b>	1.32	.68	[.14 e 3.00]	1.29	1.29
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	.72	.45	[0 e 1.71]	.71	.71
<b>Depressão</b>	1.30	.75	[0 e 3]	1.43	.71
<b>Ansiedade</b>	1.20	.77	[0 e 3]	1.14	1.57
<b>Hostilidade</b>	1.06	.71	[0 e 2.86]	1.00	1.14
<b>Ansiedade Fóbica</b>	.52	.55	[0 e 2.43]	.29	.00
<b>Ideação Paranóide</b>	1.15	.54	[.14 e 2.43]	1.14	1.00
<b>Psicoticismo</b>	.91	.59	[0 e 2.43]	.86	.71
<b>IGS</b>	1.323	0.667	[0.08 e 2.83]	1.339	0.51
<b>TSP</b>	35.85	11.36	[4 e 52]	37	47
<b>ISP</b>	1.86	0.58	[1 e 3.14]	1.78	1*

\*Múltiplas modas existem. O valor mais baixo é mostrado.

## 5.2. Testes de Hipóteses

**5.2.1. Hipótese 1: Espera-se que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia variem de forma inversa, isto é, que quanto maior for a Qualidade de Vida, menor seja a Psicopatologia, e vice-versa**

Foram feitos testes de normalidade da amostra, Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e em todas as dimensões se verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição normal.

Dado estar-mos na presença de uma amostra normal, para averiguarmos da significância da correlação entre Qualidade de Vida e Psicopatologia, procedemos ao teste de correlação de Pearson.

Encontramos correlações negativas (na sua maioria fortes:  $> .05$  (segundo Pestana e Gageiro, 2008) significativas entre quase todas os domínios do WHOQOL-Bref e as dimensões e Índice Geral de Sintomas do BSI: Domínio *Geral* e dimensão *Obsessivo Compulsiva* ( $r=-0.58$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Geral* e dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-0.62$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Geral* e dimensão *Depressão* ( $r=-0.61$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Geral* e dimensão *Ansiedade* ( $r=-0.58$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Geral* e dimensão *Ansiedade Fóbica* ( $r=-0.55$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Geral* e dimensão *Ideação Paranóide* ( $r=-0.48$ ,  $P=0.001$ ); domínio *Geral* e dimensão *Psicoticismo* ( $r=-0.53$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Geral* e Índice Geral de Sintomas ( $r=-0.59$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Somatização* ( $r=-0.59$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Obsessivo Compulsiva* ( $r=-0.55$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-0.54$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Depressão* ( $r=-0.62$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Ansiedade* ( $r=-0.63$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Hostilidade* ( $r=-0.41$ ,  $P=0.004$ ); domínio *Físico* e dimensão *Ansiedade Fóbica* ( $r=-0.53$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Ideação Paranóide* ( $r=-0.52$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e dimensão *Psicoticismo* ( $r=-0.56$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Físico* e Índice Geral de Sintomas ( $r=-0.66$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Obsessivo Compulsiva* ( $r=-0.62$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-0.58$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Depressão* ( $r=-0.69$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Ansiedade* ( $r=-0.59$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Ansiedade Fóbica* ( $r=-0.40$ ,  $P=0.005$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Ideação Paranóide* ( $r=-0.38$ ,  $P=0.009$ ); domínio *Psicológico* e dimensão *Psicoticismo* ( $r=-0.45$ ,  $P=0.001$ ); domínio *Psicológico* e Índice Geral de Sintomas ( $r=-0.57$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Somatização* ( $r=-0.46$ ,  $P=0.001$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Obsessivo Compulsiva* ( $r=-0.66$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-0.68$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Depressão* ( $r=-0.77$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Ansiedade* ( $r=-0.68$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Hostilidade* ( $r=-0.47$ ,  $P=0.001$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Ansiedade Fóbica* ( $r=-0.53$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Ideação Paranóide* ( $r=-0.63$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e dimensão *Psicoticismo* ( $r=-0.62$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Relações Sociais* e Índice Geral de Sintomas ( $r=-0.74$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Somatização* ( $r=-0.31$ ,  $P=0.033$ ); domínio

*Ambiente* e dimensão *Obsessivo Compulsiva* ( $r=-0.59$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-0.53$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Depressão* ( $r=-0.59$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Ansiedade* ( $r=-0.61$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Hostilidade* ( $r=-0.38$ ,  $P=0.009$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Ansiedade Fóbica* ( $r=-0.58$ ,  $P=0.000$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Ideação Paranóide* ( $r=-0.34$ ,  $P=0.018$ ); domínio *Ambiente* e dimensão *Psicoticismo* ( $r=-0.38$ ,  $P=0.008$ ); e, por fim, domínio *Ambiente* e *Índice Geral de Sintomas* ( $r=-0.58$ ,  $P=0.000$ ) (tabela 21).

**Tabela 21.** Correlação de Pearson entre Domínios da WHOQOL-Bref e Dimensões e Índice Geral de Sintomas do BSI (N = 47)

	Somati zação	Obs. Comp.	Sens. Interp.	Depres são	Ansied ade	Hostili dade	Ans. Fóbica	I. Paran óide	Psicoti .	IGS
<b>D. Geral</b>	-.29	-.58**	-.62**	-.61**	-.58**	-.25	-.56**	-.48**	-.53**	-.59**
<b>D. Físico</b>	-.60**	-.55**	-.54**	-.62**	-.63**	-.41**	-.53**	-.52**	-.56**	-.66**
<b>D. Psicol.</b>	-.16	-.61**	-.58**	-.69**	-.60**	-.26	-.40**	-.38**	-.45**	-.57**
<b>D. Relaç. Sociais</b>	-.46**	-.66**	-.68**	-.77**	-.68**	-.47**	-.53**	-.63**	-.62**	-.74**
<b>D. Ambie nte</b>	-.31*	-.59**	-.53**	-.59**	-.61**	-.38**	-.58**	-.34*	-.38**	-.58**

\*\*Correlação significativa ao nível 0.01

\*Correlação significativa ao nível 0.05

Assim, confirmamos a hipótese principal do nosso estudo, que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia estão correlacionadas de forma inversa.



### 5.2.2. Hipótese 2: Espera-se que haja diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em cada um dos Programas Terapêuticos

Para decidir da utilização de testes paramétricos ou não paramétricos procedemos aos testes de normalidade da amostra, Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e não encontramos diferenças estatisticamente significativas para a variável considerada. Sendo a amostra normal, optamos pela utilização de testes paramétricos.

Utilizamos a ANOVA *Oneway* para determinar diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos vários Programas Terapêuticos e os domínios da WHOQOL-bref. e as dimensões e Índice Geral de Sintomas do BSI.

Para os domínios da WHOQOL-bref encontramos diferenças significativas ( $P < 0.05$ ) para o domínio *Geral* ( $F=3.41$ ,  $P=0.026$ ) e para o domínio *Ambiente* ( $F=3.47$ ,  $P=0.024$ ).

**Tabela 22.** Oneway ANOVA entre domínios da WHOQOL-Bref e Programas Terapêuticos  
(N = 47)

	Metadona (n=21)	Bruprenorfina (n=14)	Naltrexona (n=4)	Só Psicoter. (n=8)	F	P
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)		
<b>D. Geral</b>	43.45(18.80)	62.5(16.98)	62.5(10.21)	53.13(22.9)	3.41	.026
<b>D. Físico</b>	52.04(18.44)	65.05(20.6)	70.54(12.16)	66.07(15.86)	2.39	.081
<b>D. Psicológico</b>	51.79(19.39)	66.07(12.64)	54.17(15.96)	61.98(21.3)	2.02	.125
<b>D. Rel. Sociais</b>	43.25(25.50)	63.09(23.05)	54.17(20.97)	48.96(27.25)	1.83	.155
<b>D. Ambiente</b>	45.09(16.43)	62.95(18.54)	57.81(13.86)	55.47(13.54)	3.47	.024

Em seguida procedemos ao teste de homogeneidade da variância.

Sendo a variância homogênea, realizamos comparações múltiplas (POST HOC) de Sheffe para determinar entre que programas terapêuticos havia diferenças. Encontramos

diferenças significativas ( $P < 0.05$ ), nos dois domínios considerados – domínio *Geral* e domínio *Ambiente*, entre o programa com *metadona* e o programa com *bruprenorfina*, respectivamente: domínio *Geral* (MD=-1.524,  $P=0.43$ ), domínio *Ambiente* (MD=-5.714,  $P=0.4$ ).

**Tabela 23.** Teste de Sheffe entre domínios do WHOQOL-Bref e Programas Terapêuticos

	Bruprenorfina	Naltrexona	Só Psicoterapia
<b>D. Geral</b>			
Metadona	.04	.33	.67
Bruprenorfina		1	.73
Naltrexona			.88
<b>D. Ambiente</b>			
Metadona	.03	.58	.52
Bruprenorfina		.96	.79
Naltrexona			.99

Para as dimensões e I.G.S. do BSI, encontramos diferenças significativas ( $P < 0.05$ ) nas dimensões *Depressão* ( $F=3.44$ ,  $P=0.03$ ) e *Psicoticismo* ( $F=2.99$ ,  $P=0.04$ ) (ver tabela 24, pág. seguinte).

**Tabela 24.** Oneway ANOVA entre dimensões e IGS do BSI e Programas Terapêuticos  
(N = 47)

	<b>Met.</b>	<b>Brup.</b>	<b>Naltr.</b>	<b>Só Psi.</b>		
	(n=21)	(n=14)	(n=4)	(n=8)	F	P
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)		
<b>Somatização</b>	6.52(5.14)	5.79(4.61)	6.50(1.92)	6.88(4.73)	0.11	0.96
<b>Obs. Comp.</b>	10.43(4.58)	7.14(4.59)	8(3.16)	10.5(5.50)	1.69	0.18
<b>Sen. Interp.</b>	6.1(3.29)	3.29(2.23)	5(1.16)	5.38(3.82)	2.49	0.07
<b>Depressão</b>	11.24(5.23)	5.93(4.16)	10.25(3.78)	8.38(5.50)	3.44	0.03
<b>Ansiedade</b>	9.81(4.97)	6.29(3.85)	7.25(1.71)	6.29(3.85)	1.77	0.17
<b>Hostilidade</b>	9.48(5.91)	5.79(3.59)	5.25(2.75)	6(3.34)	2.39	0.08
<b>Ans. Fóbica</b>	4.48(3.89)	2.14(4.38)	3.25(1.71)	4.13(3.14)	1.10	0.36
<b>Id. Paranóide</b>	9.14(3.81)	6.64(3.18)	7(1.83)	8.25(5.01)	1.36	0.27
<b>Psicoticismo</b>	7.86(4.33)	3.86(3.04)	6(2.00)	6.88(4.64)	2.99	0.04
<b>IGS</b>	1.56(0.67)	0.99(0.56)	1.24(0.31)	1.33(0.78)	2.27	0.09

Procedemos, de seguida, ao teste de homogeneidade da variância, e voltamos a não obter significância. Realizamos, então, comparações múltiplas (POST HOC) de Sheffé para determinar entre que grupos existiam diferenças significativas ( $P < 0.05$ ), e verificamos que era novamente entre o programa com *metadona* e o programa com *bruprenorfina*: dimensão *Depressão* (MD=5.310,  $P=0.3$ ) e dimensão *Psicoticismo* (MD=-4.000,  $P=0.4$ ) (ver tabela 25, pág. seguinte).

**Tabela 25.** Teste de Sheffé entre dimensões do BSI e Programas Terapêuticos  
(N = 47)

	Bruprenorfina	Naltrexona	Só Psicoterapia
<b>Depressão</b>			
Metadona	.03	.99	.58
Bruprenorfina		.49	.74
Naltrexona			.94
<b>Psicoticismo</b>			
Metadona	.04	.86	.95
Bruprenorfina		.82	.39
Naltrexona			.99

Confirmamos, assim, a nossa segunda hipótese, a de que existiriam diferenças significativas na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos. Os utentes em *metadona* apresentam piores níveis de Qualidade de Vida nos domínios *Geral* e *Ambiente* do que os utentes em *bruprenorfina*. Além disso, os utentes em *metadona* apresentam maiores índices de psicopatologia nas dimensões *Depressão* e *Psicoticismo* do que os utentes em *bruprenorfina*.

### **5.2.3. Hipótese 3: Espera-se que haja diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes com diferentes Drogas de Eleição**

Dado que apenas dois sujeitos apresentaram como droga de eleição o haxixe e o álcool, limitamos a nossa comparação às drogas cocaína e heroína (os restantes 45 sujeitos elegeram como droga de eleição a cocaína ou a heroína).

Realizamos os testes de normalidade da amostra, Kolmogorov-Sminorv e Shapiro-Wilks. Não obtivemos diferenças significativas na dimensão considerada.

Realizamos, de seguida, o teste T de Student para comparação da média dos dois grupos.

Em relação à WHOQOL-Bref, não encontramos diferenças significativas nos domínios da WHOQOL-Bref entre os grupos (para um nível de significância inferior a 0.05) (tabela 26).

<b>Tabela 26.</b> Teste T de Student para comparação de médias entre sujeitos com Drogas de Eleição <i>heroína</i> e <i>cocaína</i> para os domínios da WHOQOL-Bref (N = 45)					
	<b>Heroína</b>	<b>Cocaína</b>			
	(n=29)	(n=16)	T	GL	P
	M(DP)	M(DP)			
<b>D. Geral</b>	51.25(5.38)	55.5(6.25)	-0.694	43,32	0.491
<b>D. Físico</b>	55.9 (4.07)	65.64(10.39)	-1.645	43,40	0.107
<b>D. Psicológico</b>	55.33(6.17)	64.33(8.54)	-1.604	43,34	0.116
<b>D. Rel. Sociais</b>	48(1.67)	58.83(2.75)	-1.383	43,36	0.174
<b>D. Ambiente</b>	52.69(5.84)	53.91(9.63)	-0.217	43,37	0.829

Para as dimensões e Índice Geral de Sintomas do BSI, também não encontramos diferenças significativas entre os grupos ( $p < 0.05$ ) (tabela 27, pág. seguinte).

**Tabela 27.** Teste T de Student para comparação de médias entre sujeitos com Drogas de Eleição *heroína* e *cocaína* para as dimensões e IGS do BSI (N = 45)

	<b>Heroína</b>	<b>Cocaína</b>			
	(n=29)	(n=16)	T	GL	P
	M(DP)	M(DP)			
<b>Somatização</b>	7.03(5.17)	5.06(3.53)	1.354	43.40	0.183
<b>Obs. Comp.</b>	9.38(4.31)	8.63(5.61)	0.504	43.24	0.617
<b>Sens. Interp.</b>	5.45(3.27)	4.13(2.83)	1.361	43.35	0.180
<b>Depressão</b>	9.69(5.37)	7.31(4.79)	1.476	43.34	0.147
<b>Ansiedade</b>	8.59(4.98)	7.63(4.03)	0.661	43.36	0.512
<b>Hostilidade</b>	7.79(4.71)	7.06(5.71)	0.462	43.26	0.647
<b>Ans. Fóbica</b>	3.79(4.26)	3.38(3.26)	3.41	43.38	0.735
<b>Id. Paranóide</b>	8.45(3.82)	7.13(3.46)	1.148	43.33	0.257
<b>Psicoticismo</b>	6.62(4.52)	5.56(3.63)	0.804	43.37	0.426
<b>IGS</b>	1.39(0.69)	1.15(0.61)	1.182	43.34	0.244

Infirmamos, assim, a nossa terceira hipótese, a de que haveriam diferenças significativas na qualidade de vida e na psicopatologia dos utentes com diferentes Drogas de Eleição.

#### **5.2.4. Hipótese 4: Espera-se que os utentes com maior tempo de Abstinência apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e de Psicopatologia**

Realizamos os testes de normalidade, Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks, para averiguar da normalidade da amostra. Foram encontradas diferenças significativas entre as dimensões consideradas. Optamos, então, pela utilização de estatística não paramétrica.

Efectuamos o teste de Spearman para averiguar da correlação entre o *Tempo de Abstinência* e os domínios da WHOQOL-bref e dimensões e IGS do BSI. Encontramos correlações significativas ( $P < 0.05$ ) entre o *Tempo de Abstinência* e algumas variáveis, como: entre o *Tempo de Abstinência* e o domínio *Relações Sociais* [ $r=.38$  e  $P=.014$ ]; entre o *Tempo de Abstinência* e a dimensão *Obsessivo Compulsivo* [ $r=-.34$  e  $P=.029$ ]; entre o *Tempo de Abstinência* e a dimensão *Depressão* [ $r=-.33$  e  $P=.035$ ]; entre o *Tempo de Abstinência* e a dimensão *Ansiedade* [ $r=-.38$  e  $P=.014$ ]; entre o *Tempo de Abstinência* e a dimensão *Ideação Paranóide* [ $r=-.39$  e  $P=.011$ ]; entre o *Tempo de Abstinência* e a dimensão *Psicoticismo* [ $r=-.36$  e  $P=.019$ ]; e, por fim, entre o *Tempo de Abstinência* e o IGS [ $r=-.32$  e  $P=.037$ ] (tabela 28 e 29).

**Tabela 28.** Correlação de Spearman entre Tempo de Abstinência e domínios da WHOQOL-Bref (N = 47)

	<b>D. Geral</b>	<b>D. Físico</b>	<b>D. Psicológico</b>	<b>D. Rela. Sociais</b>	<b>D. Ambiente</b>
<b>Tempo de Abstinência</b>	.23	.12	.28	.38*	.08

\*Correlação significativa ao nível 0.05

**Tabela 29.** Correlação de Spearman entre Tempo de Abstinência e dimensões e IGS do BSI (N = 47)

	<b>Somat.</b>	<b>Obs. Com.</b>	<b>Sens. Inter.</b>	<b>Dep.</b>	<b>Ans.</b>	<b>Host.</b>	<b>Ans. Fób.</b>	<b>Id. Paran.</b>	<b>Psico.</b>	<b>IGS</b>
<b>Tempo de Abstin.</b>	-.08	-.34*	-.20	-.33*	-.38*	-.22	-.07	-.39*	-.36*	-.32*

\*Correlação significativa ao nível 0.05

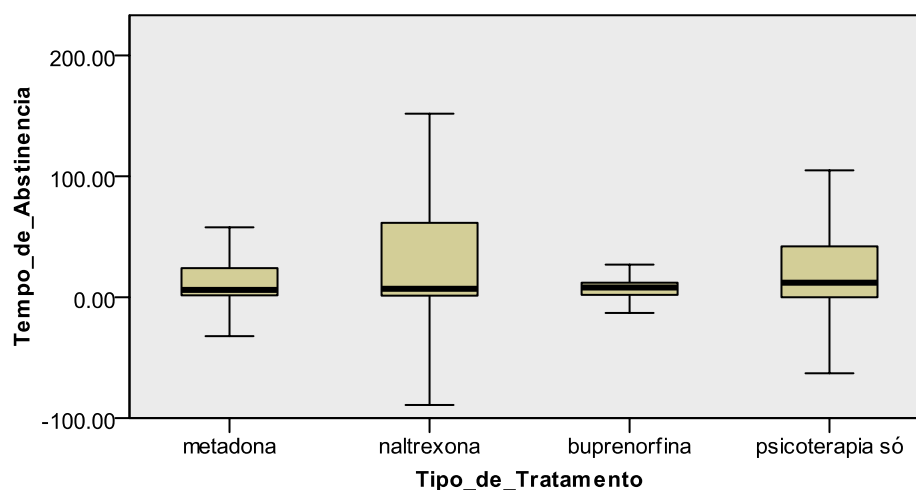
Ou seja, verificamos que o *Tempo de Abstinência* está positivamente correlacionado com a *Qualidade de Vida* ( $>$  tempo de abstinência  $>$  qualidade de vida), especialmente no domínio das *Relações Sociais*, e negativamente correlacionado com a *Sintomatologia Psicopatológica* ( $>$  tempo de abstinência  $<$  sintomatologia psicopatológica), especialmente

nas dimensões *Obsessivo Compulsivo*, *Depressão*, *Ansiedade*, *Ideação Paranóide*, *Psicoticismo* e *IGS*, ou seja, psicopatologia em geral.

### 5.2.5. Hipótese 5: Pretende-se averiguar se o Tempo de Abstinência varia entre Programas Terapêuticos

Efectuamos testes de normalidade da amostra, Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks, e encontramos diferenças significativas entre as dimensões consideradas. Optamos, então, por estatística não paramétrica. Realizamos o teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes. Não obtivemos diferenças significativas ( $P < 0.05$ ) entre os grupos [(Z(3)=.138, P=.987)]. O valor da média para cada um dos tratamentos é, de, respectivamente: programa com *metadona* (N= 21): 21.00 meses; programa com *naltrexona* (N = 4): 20.75 meses; programa com *buprenorfina* (N = 14): 22.59 meses; e, apenas *psicoterapia* (N = 8): 21.64 (figura 1).

**Figura 1.** Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes entre Tempo de Abstinência e Programas Terapêuticos



Ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas no *Tempo de Abstinência* entre os vários *Programas Terapêuticos*.



### 5.2.6. Hipótese 6: Espera-se que os sujeitos com maior Tempo de Tratamento apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e Psicopatologia

Foram realizados testes de normalidade da amostra, Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, que mostraram não haverem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões consideradas. Optamos, então, por estatística paramétrica. Procedemos ao teste de correlação de Pearson, que não encontrou correlações significativas ( $P < 0.05$ ) entre as variáveis, ou seja, entre o *Tempo de Tratamento* e os domínios da WHOQOL-Bref e as dimensões e IGS do BSI. Os resultados obtidos foram: entre *Tempo de Tratamento* e domínio *Geral* [ $r=-.13$  e  $P=.93$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e domínio *Físico* [ $r=-.18$  e  $P=.24$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e domínio *Psicológico* [ $r=-.06$  e  $P=.68$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e domínio *Relações Sociais* [ $r=.10$  e  $P=.52$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e domínio *Ambiente* [ $r=-.01$  e  $P=.94$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Somatização* [ $r=-.01$  e  $P=.96$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Obsessivo Compulsivo* [ $r=.16$  e  $P=.28$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Sensibilidade Interpessoal* [ $r=.22$  e  $P=.15$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Depressão* [ $r=.18$  e  $P=.23$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Ansiedade* [ $r=.16$  e  $P=.28$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Hostilidade* [ $r=.18$  e  $P=.24$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Ansiedade Fóbica* [ $r=.12$  e  $P=.42$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e *Ideação Paranóide* [ $r=.03$  e  $P=.83$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e dimensão *Psicoticismo* [ $r=.17$  e  $P=.26$ ]; entre *Tempo de Tratamento* e IGS [ $r=.17$  e  $P=.27$ ] (tabela 30 e 31 (31 na pág. seguinte).

**Tabela 30.** Correlação de Pearson entre Tempo de Tratamento e domínios da WHOQOL-Bref  
(N = 47)

	D. Geral	D. Físico	D. Psicológ.	D. Rel. Sociais	D. Ambiente
<b>Tempo de Tratamento</b>	-.13	-.18	-.06	.10	-.01

**Tabela 31.** Correlação de Pearson entre Tempo de Tratamento e dimensões e IGS do BSI  
(N = 47)

	Som.	Obs. Com.	Sen. Int.	Depre.	Ans.	Host.	Ans. Fób.	Id. Para.	Psico.	IGS
<b>Tempo de Tratamento</b>	-.01	.16	.22	.18	.16	.18	.12	.03	.17	.17

Dado este resultado não coincidir com o esperado, e nos deixar mesmo surpresos, procuramos analisar, de seguida, a correlação entre as variáveis *Tempo de Tratamento* e *Tempo de Abstinência*. Os testes de normalidade da amostra mostraram que a amostra era normal entre as dimensões consideradas. Optamos, então, pela estatística paramétrica. O teste de correlação de Pearson deu significativo entre as variáveis consideradas. Há uma correlação positiva entre *Tempo de Tratamento* e *Tempo de Abstinência* [ $r=.463$  e  $P=.002$ ], para um nível de significância igual ou inferior a .01. Isto significa que as melhorias na *Qualidade de Vida* e na *Psicopatologia* dos utentes só pode ser explicada pelo *Tempo de Tratamento* em correlação com o *Tempo de Abstinência* (recorde-se que o *Tempo de Abstinência* está correlacionado com melhorias na *Qualidade de Vida* e na *Sintomatologia Psicopatológica*).

## **Capítulo VI – Discussão dos Resultados**

### **6.1. Caracterização da amostra**

Comparando os nossos dados com os obtidos por Azenha e Ramos (2005), verifica-se que a média de idades dos utentes do CRI de Braga subiu um pouco, de 32.64 para 37.96, desde 2005 para aqui (2010/2011). Estes resultados são um bocadinho superiores ao do geral das investigações, que apontam também uma média de idades a rondar os 30 anos (Negreiros, 2003; Luty & Arokiadass, 2008). A percentagem de homens e mulheres é semelhante, Azenha e Ramos relatam uma razão de 9 para 1, ou seja, 90% para 10%. No nosso estudo, a percentagem foi 89.4% de homens e 10.6% de mulheres. Estes resultados, mais uma vez, concordam com o geral das investigações, conduzidas fora e dentro do nosso país, sendo que fora a percentagem de mulheres é ligeiramente superior (20%) (Luty & Arokiadass, 2008) (Negreiros, 2003). Quanto ao estado civil, é de salientar a grande diferença que encontramos no estado de divorciado. Se Azenha e Ramos relatam 7.1% de divorciados ou separados, o nosso estudo encontrou uma percentagem de 21.3%. Os demais estados civis não apresentam grande variação. É de salientar uma grande percentagem de indivíduos solteiros, 57.4%, e uma pequena percentagem de indivíduos casados ou em união de facto, 19.1%. Estes resultados distam do geral das investigações, em que a percentagem de divorciados aparece muito menor (raramente acima dos 10%, ou quando acima, ligeiramente acima) (Teixeira & Ricou, 2008; Zoccali et al., 2007). No respeitante à escolaridade, também não se encontraram diferenças significativas, sendo que há uma grande percentagem de indivíduos com escolaridade inferior ao 9º ano, 80.8%, ainda maior que a obtida por Azenha e Ramos, 71%. Esta situação está de acordo com a população toxicodependente no restante do país, excepto para Oeiras e Viseu, onde foram relatados níveis elevados de escolaridade entre os toxicodependentes (Negreiros, 2003). Quanto à situação profissional, o número de empregados é bem menor na nossa amostra. 27.7% para 46.2% na amostra de Azenha e Ramos. Os resultados são também menores do que os encontrados por outros autores para outros sítios do país (57% ocupados) (Escudeiro e col., 2006). No respeitante à coabitação, o número de indivíduos a viver sós é maior na nossa amostra, 19.1% para 5%. As restantes condições mantêm-se aproximadamente iguais, sendo que o número de indivíduos a viver com os pais é relativamente grande, 48.9%. O número de indivíduos financeiramente independentes é de 68.1%, uma percentagem bastante alta. Bastante mais alta da que a encontrada por Teixeira e Ricou (2008), 30,8%. Este número, quando comparado com a

percentagem de empregados, alerta para a possibilidade de grande número dos sujeitos serem independentes financeiramente por meios ilícitos. Outros, também, ainda que na pobreza, e sem recorrer a meios ilícitos, desempregados, é claro, são independentes financeiramente (mendigos, etc.).

No que toca às variáveis clínicas, entre o nosso estudo e o de Azenha e Ramos (2005), encontramos diferenças no concernente à idade de início na heroína, que no nosso estudo foi mais baixa, 18.72 anos, para 20.6 no de Azenha e Ramos. Este valor é também menor que o encontrado por outros autores no estrangeiro (21.3 anos) (Luty & Arokiodass, 2008). A idade do primeiro contacto com o CAT ou CRI (equipa de tratamento) foi semelhante, 26.15 anos no nosso estudo e 26.96 no estudo das autoras. A partilha de material decresceu fortemente. O estudo de Azenha e Ramos relata uma estatística de 62.4%, o nosso obteve uma de 21.3%. Quanto ao consumo de álcool, há também uma diferença significativa. No nosso estudo a percentagem de indivíduos com história de abusos de álcool foi de 25.5%, enquanto no de Azenha e Ramos foi de 43.3%. Best e colaboradores (1998) relatam um valor aproximado ao de Azenha e Ramos em Londres (44%). Os consumos de cocaína parece terem diminuído um pouco, já que o estudo de Azenha e Ramos relata consumos adicionais de cocaína na percentagem dos 92.9% e o nosso registou 70.2%. Os consumos por via endovenosa mostram também terem diminuído. Se o nosso estudo apurou consumos regulares por via endovenosa na percentagem dos 38.3%, o de Azenha e Ramos regista 59%. Estes resultados parecem ser dos mais baixos do país, juntamente com os encontrados em Aveiro por Negreiros (2003). O resto do país, pela mesma altura, apresenta valores semelhantes aos relatados por Azenha e Ramos. A percentagem de indivíduos abstinentes é maior no nosso estudo, 87.2%, para 61% no estudo de Azenha e Ramos. Mas quando vamos comparar os indivíduos abstinentes há mais de uma ano, encontramos uma percentagem mais elevada no estudo de Azenha e Ramos, 49% para 26.2% no nosso estudo. No respeitante ao programa terapêutico, verificamos que o número de utentes em metadona duplica do estudo de Azenha e Ramos para o nosso, 21.3% para 44.7%. Há, por conseguinte, uma diminuição no número de utentes nos outros programas, sendo que a mais significativa é no de naltrexona, 42.1% no estudo de Azenha e Ramos para 8.5% no nosso estudo. Quanto à buprenorfina, a percentagem passa de 36.6% para 29.8%. Luty e Arokiodass (2008), em Inglaterra, relatam uma percentagem de 55% de utentes em metadona e 45% em buprenorfina. O número de doentes afectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) apresentou um ligeiro decréscimo, de 11% no estudo de Azenha e Ramos, para 8.5% no nosso estudo. Os resultados, mesmo assim, continuam a ser

ligeiramente altos em relação a certas zonas do país (Matosinhos=0.2%; Aveiro=2.4%) (Negreiros, 2003), e ligeiramente baixos em relação a outras (Gaia=15%) (Escudeiro e col., 2006) (Oeiras=20.4%) (Negreiros, 2003). Quanto ao Vírus da Hepatite C (VHC), a percentagem também diminui do estudo de Azenha e Ramos, 54.3%, para o nosso, 36.7%. Escudeiro e colaboradores (2006) relatam uma percentagem de 47% para Gaia. O nosso estudo encontrou ainda 6.4% de psicoses diagnosticadas. A percentagem de indivíduos com alguma doença causada pela toxicodependência foi de 40.4%, o que é uma percentagem bastante alta.

Relativamente aos resultados obtidos na WHOQOL-bref, podemos verificar que a Qualidade de vida é medíocre em todos os domínios. Tratam-se de indivíduos claramente com uma qualidade de vida muito insatisfatória. Os resultados mais altos obtidos foram nos domínios *Físico* e *Psicológico*, que se aproximaram de um grau de satisfação dos 60%, apesar de estarem abaixo dos 60. Nos restantes domínios, *Geral*, *Relações Sociais* e *Ambiente*, os resultados dos sujeitos aproximaram-se dos 50%, sendo ligeiramente superiores a 50. Estes resultados estão de acordo com a literatura, que aponta os toxicodependentes como uma população com uma Qualidade de Vida bastante reduzida (Rodrigues, 2006), com uma satisfação com a vida bastante baixa (Luty & Arokiadass, 2008) e com vivências pouco satisfatórias em vários níveis do *self*, *self* físico, *self* moral e ético, *self* pessoal, *self* familiar e *self* social (Torrado & Ouakinin, 2008). Os resultados da nossa amostra são inferiores ao da população normal portuguesa em todos os domínios. As maiores discrepâncias encontram-se no domínio *Psicológico* (57.98% no nosso estudo vs 68.67% na população portuguesa), no domínio *Relações Sociais* (51.06% vs 71.24%), no domínio *Ambiente* (51.06% vs 64%), e, por fim, no domínio *Geral* (53.26% vs 72.02%) (Vaz Serra e al., 2006). Os resultados aproximam-se muito dos da população doente portuguesa, sendo de destacar, no entanto, os valores mais baixos encontrados para o domínio *Relações Sociais* (51.06% vs 65.10%) (Vaz Serra e al., 2006). Os resultados encontrados estão muito próximos dos resultados encontrados para os doentes psiquiátricos portugueses, estando os toxicodependentes ligeiramente melhores nos domínios *Físico* (59.88% vs 49.36%) e *Psicológico* (57.98% vs 50.42%) (Vaz Serra e al., 2006). Quanto aos restantes doentes (ginecologia, reumatologia, centros de saúde e ortopedia/oncologia), de uma forma geral, os doentes toxicodependentes apresentam melhor Qualidade de Vida no domínio *Físico* mas pior nos restantes, sendo de destacar o domínio *Ambiente* e o domínio *Geral*.

Relativamente aos resultados obtidos no BSI, verificamos que a média do IGS se aproxima bastante da média da população doente (1.323 no nosso estudo vs 1.430 na população doente portuguesa) (Simões et al., 2007). Verificamos, também, que o Índice de Sintomas Positivos, que permite marcar um ponto de corte entre a população doente e a população normal ( $\geq 1.7$ ), é no nosso estudo de 1.86, ou seja, indicador de uma população perturbada a nível emocional e psicológico. Relativamente às várias dimensões do BSI, verificamos que os resultados da nossa amostra se afastam dos da população normal, no sentido de valores mais elevados de psicopatologia, nas dimensões *Somatização*, *Depressão*, *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo* (Simões e col., 2007). Mesmo assim, estes valores encontram-se ligeiramente abaixo dos da população doente portuguesa analisada por estes autores. De destacar é o valor mais baixo encontrado na sintomatologia psicopatológica da dimensão Sensibilidade Interpessoal, inferior mesmo ao da população normal portuguesa (.72 no nosso estudo vs .96 na população normal) (Simões e col., 2007). Isto poderá estar relacionado com o número mais reduzido de relações que estes doentes parecem apresentar (Pedro, 2001). Estes valores estão de acordo com os encontrados por Almeida, Vieira, Almeida, Rijo e Felisberto (2005) para outras amostras de toxicodependentes, que também encontraram valores de psicopatologia superiores aos da população normal mas inferiores aos da população doente. Correspondem também aos valores encontradas por Figueiredo e colaboradores (2002) para outras populações, como a de pais maltratantes.

**6.2. Hipótese 1: Espera-se que a Qualidade de Vida e a Psicopatologia variem de forma inversa, isto é, que quanto maior for a Qualidade de Vida menor seja a Psicopatologia, e vice-versa.**

A nossa primeira hipótese foi confirmada. Encontramos uma forte correlação entre as dimensões e índice geral de sintomas do BSI e os domínios da WHOQOL-bref na toxicodependência.

É de salientar, em primeiro lugar, a correlação entre o domínio *Geral* da WHOQOL-bref e o *Índice Geral* de *Sintomas* do BSI, ( $r=-.59$  e  $P=0.000$ ). Este é o indicador mais exacto para avaliarmos a correlação entre Qualidade de Vida e Psicopatologia, já que é o mais geral, o que engloba as várias dimensões e os vários domínios. Estes resultados estão de acordo com a literatura, que também relata elevados níveis de correlação entre a *Qualidade de Vida* e a *Psicopatologia* (Vaz Serra et al., 2006).

No que toca aos vários domínios da WHOQOL-Bref e às várias dimensões do BSI, as correlações foram, também elas, bastante elevadas entre quase todos os domínios e dimensões. As correlações mais elevadas foram encontradas entre as dimensões *Obsessivo Compulsivo*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Depressão*, *Ansiedade* e *Índice Geral de Sintomas* e os vários domínios da WHOQOL-Bref. E quanto aos domínios, as correlações mais elevadas foram encontradas entre os domínios *Físico* e *Relações Sociais* e as várias dimensões e IGS do BSI. Estes resultados apresentam semelhanças e diferenças com os resultados apresentados na literatura. Começando com o estudo de Vaz Serra (2000), verificamos que, de acordo com o nosso estudo, o autor também encontrou elevada correlação entre carência de apoio social (corresponde mais ou menos ao domínio *Ambiente*) e Sensibilidade Interpessoal, entre condições de vida adversas (corresponde ao domínio *Geral* sobremaneira) e Ideação Paranóide e entre privação de afecto e rejeição (corresponde ao domínio *Relações Sociais*) e a dimensão *Hostilidade*. Diferentemente do estudo de Vaz Serra e colaboradores (2006), que encontraram uma maior correlação entre o domínio psicológico e as dimensões e IGS do BSI, e uma menor correlação nos domínios *Ambiente* e *Relações Sociais*, o nosso estudo encontrou a correlação mais elevada entre os domínios *Físico* e *Relações Sociais* e as várias dimensões e IGS do BSI. Griffith, Knight, Joe e Simpson (1998), encontraram também elevados níveis de ansiedade, depressão e auto-crítica correlacionados com um suporte familiar pobre, estilo de vida criminoso, desânimo em relação à vida e isolamento social. Queirós (1997), também encontrou um estado emocional negativo de fundo mais saliente em indivíduos toxicodependentes. Escudeiro e colaboradores (2006), a par de Vaz Serra e colaboradores (2006), encontraram também correlações mais elevadas para o domínio *Psicológico* e as dimensões e IGS do BSI. No restante dos domínios (Escudeiro e colaboradores não consideram o domínio *Geral*), o nosso estudo encontrou correlações mais elevadas. As diferenças não são, contudo, muito significativas, os resultados dos dois estudos aproximam-se bastante. A diferença mais significativa continua a ser no domínio das *Relações Sociais*, que foi o menos pontuado no nosso estudo (menor qualidade de vida). Quanto às dimensões e IGS do BSI, ambos os estudos, o nosso e o de Escudeiro e colaboradores encontraram como resultado que a dimensão *Depressão* e o *IGS* são os que melhor explicam a *Qualidade de Vida*, isto é, que mais fortemente se encontram correlacionados com os domínios da *Qualidade de Vida*.

São de salientar, ainda, por fim, no nosso estudo, as fortíssimas correlações entre: a dimensão *Depressão* (-0.77), o *IGS* (-0.74), a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* (-0.68), a dimensão *Ansiedade* (-0.68), a dimensão *Obsessivo Compulsivo* (-0.66) e a dimensão *Ideação*

*Paranóide* (-0.62) e o domínio *Relações Sociais* - o que mostra como as *Relações Sociais*, tão difíceis nos pacientes toxicodependentes, influem no bem-estar psicológico (Pedro, 2001); o *IGS* (-0.66), a dimensão *Ansiedade* (-0.63) e a dimensão *Depressão* (-0.62) e o domínio *Físico*, que se referem ao intenso mal-estar psicossomático vivido pelo toxicodependente (Haynal, Pasini & Archinard, 1998); a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* (-0.62), a dimensão *Depressão* (-0.61) e o domínio *Gera* – alertam para a importância do estado de ânimo e do relacionamento interpessoal na satisfação com a vida (Scarscelli, 2006); a dimensão *Depressão* (-0.69), a dimensão *Obsessivo Compulsivo* (-0.62) e o domínio *Psicológico* – são obviamente duas variáveis muito importantes para o bem-estar psicológico; a dimensão *Ansiedade* (-0.61) e o domínio *Ambiente* – o pouco suporte social e o ambiente desestruturado como factores de elevada carga ansiogénica (Branco, 2000).

No nosso estudo, só não encontramos correlação entre a dimensão *Somatização* e o domínio *Geral* e *Psicológico*, e entre a *Hostilidade* e os mesmos domínios, ou seja, *Geral* e *Psicológico*. É de referir, contudo, que Escudeiro e colaboradores encontraram correlações significativas entre a dimensão *Hostilidade* e os dois domínios referidos.

### **6.3. Hipótese 2: Espera-se que hajam diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos**

Os testes estatísticos confirmaram a nossa hipótese. Há diferenças estatisticamente significativas entre os utentes inseridos em diferentes Programas Terapêuticos.

O que podemos observar dos nossos resultados, relativamente à *Qualidade de Vida*, é que o programa com *buprenorfina* apresenta a melhor média de resultados. Os utentes em *buprenorfina* obtiveram as pontuações mais altas nos domínios da WHOQOL-bref., exceptuando para o domínio *Físico*, cuja média mais alta pertence ao programa com *naltrexona*. Logo a seguir ao programa com *bruprenorfina*, com médias ligeiramente inferiores, situam-se o programa com *naltrexona* e o programa com *psicoterapia apenas*. No fundo da tabela, a *metadona* é o programa que apresenta níveis de *Qualidade de Vida* inferiores. Isto está de acordo com o esperado, visto que o programa com *metadona* é o menos exigente quanto aos requisitos a cumprir durante o tratamento (Patrício, 2002). Diferenças significativas entre os programas encontramos apenas nos domínios *Geral* e *Ambiente*. O teste de Sheffe que executamos de seguida a percebermos que haviam diferenças nos domínios, revelou-nos que essas diferenças eram entre o programa de *metadona* e o programa com *bruprenorfina* (de facto, nos outros domínios, apesar de a média ser mais baixa do que no



programa com *metadona*, a diferença é ligeira – Digno de nota é que diferenças significativas tenham sido encontradas no domínio *Ambiente*, sugerindo que estes utentes lidam com dificuldades ao nível das condições sócio-económicas básicas).

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Escudeiro e colaboradores (2006). Também no seu estudo os utentes em programa com *metadona* obtiveram as médias mais baixas nos domínios da WHOQOL-bref. Contudo, diferentemente do nosso estudo, Escudeiro e colaboradores obtiveram os resultados mais altos no programa que considerava *só a psicoterapia de apoio*, logo seguido do programa com *naltrexona* por uma ligeiríssima diferença, e com o de *buprenorfina* um pouco mais abaixo. O estudo de Escudeiro e colaboradores, contudo, encontrou diferenças significativas entre todos os domínios (exceptuando o *Geral*, que os autores não consideraram). As diferenças são no estudo de Escudeiro e colaboradores mais homogêneas, isto é, as diferenças revelam-se com a mesma força em todos os domínios, não havendo um que se destaque dos outros.

Também Rodrigues, (2006), descreve os utentes em programa com *metadona* como dos mais carenciados a todos os níveis na Qualidade de Vida. No domínio físico, para começar, onde os doentes apresentam elevado número de infeções por utilização deficiente de seringas (VIH, hepatites, endocardites, tétanos, septicemia e abscessos subcutâneos). E nos domínios social, judicial e psicológicos, onde estes utentes apresentam, geralmente, problemas diversos.

Os dados de investigação de outros autores, Patrício (1995, 2002), Fontaine e colaboradores (1998), Angel, Richard e Valleur (2002), Ferreira-Borges e Filho (2004, 2007) apontam no mesmo sentido dos resultados obtidos pela nossa investigação, de que o programa com *metadona* abrange sujeitos com pior *Qualidade de Vida* que os outros programas. Segundo estes mesmos dados, contudo, deveríamos também ter encontrado diferenças entre os programas com *naltrexona* e *só psicoterapia* e o programa com *metadona*. Não foi o caso. Isto pode dever-se ao pequeno número da amostra que obtivemos para os respectivos programas.

Relativamente às dimensões do BSI, os resultados são semelhantes. Os resultados mais elevados de psicopatologia foram encontrados no programa com *metadona*. Os níveis mais baixos de psicopatologia foram obtidos no programa com *buprenorfina*. Quanto ao programa com *naltrexona* e ao de *apenas psicoterapia*, ambos apresentam uma média muito semelhante. Mesmo assim, em geral, o programa com *naltrexona* apresenta melhores resultados do que o *só psicoterapia*, exceptuando nas dimensões *Depressão* e *Ansiedade*.

Acerca destas duas dimensões no programa com *naltrexona*, é de salientar que elas se encontram bastante elevadas, perto dos resultados obtidos para a *metadona*, o que confirma os dados da literatura, de que, sendo este um programa de antagonista opiáceo, bloqueia o sistema dos opiáceos, podendo resultar em depressão e ansiedade para os sujeitos submetidos ao programa (Godinho, 2006). Outro facto curioso, que merece ser salientado, na nossa opinião, diz respeito ao facto dos utentes inseridos em programa de *só psicoterapia* apresentarem uma média mais elevada na dimensão *Somatização* do que os outros utentes. Este facto sugere uma maior sensibilidade corporal em doentes não medicados, uma maior atenção ao corpo (Curto, 2007). Ainda em relação aos utentes em programa *só com psicoterapia*, é de revelar que obtiveram os resultados mais elevados na dimensão *Obsessivo Compulsiva* (talvez o não terem uma droga/medicamento que alivie a obsessão se repercuta em sintomatologia obsessiva compulsiva (Vieira, 2001)) e os mais baixos, juntamente com o programa *buprenorfina*, na dimensão *Ansiedade* (curioso porque estas duas dimensões deveriam estar associadas). Os resultados da *metadona* são os mais altos em todas as dimensões (exceptuando nas dimensões *Somatização* e *Obsessivo Compulsivo*) indicando que estes utentes apresentam elevados índices de psicopatologia. O programa com *buprenorfina*, por sua vez, apresenta resultados mais baixos em todas as dimensões, o que é o reflexo da selecção dos utentes para o programa (Patrício, 1995, 2002), é certo, mas também um indicador da estabilidade que este programa proporciona (Bettencourt, Guerreiro e Pádua, 2006).

Diferenças estatisticamente significativas, contudo, foram apenas encontradas entre as dimensões *Depressão* e *Psicoticismo*. Realizado o teste de Sheffe, obtivemos que essas diferenças eram entre o programa com *metadona* e o programa com *buprenorfina*. Estes resultados vêm na sequência dos anteriores, relativos à *Qualidade de Vida*. Os elevados níveis de *Depressão* e *Psicoticismo* podem, em parte, ser explicados pelas condições do ambiente, que, como vimos, diferem significativamente entre os utentes em programa com *metadona* e os utentes em programa com *buprenorfina* (Silva, 2001).

Os resultados por nós encontrados são ligeiramente diferentes dos encontrados por Escudeiro e colaboradores (2006). Os utentes do estudo de Escudeiro e colaboradores inseridos em programa com *buprenorfina* não obtiveram resultados tão positivos como os nossos, isto é, não apresentaram dos níveis mais baixos de psicopatologia. Pelo contrário, são um dos grupos com os resultados mais negativos. Apresentaram dos níveis mais elevados de psicopatologia nas dimensões *Somatização*, *Obsessivo Compulsivo*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Depressão*, *Ideação Paranóide* e *IGS*. Os utentes com *metadona*, pelo contrário,

apenas apresentaram dos níveis mais elevados nas dimensões *Somatização*, *Depressão*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo*. As razões para isto são difíceis de explicar, talvez se relacionem com critérios de selecção para o tratamento ou com a condução do programa em si (Patricio, 1995, 2002). O que é certo é que estas diferenças não deveriam ser tão díspares, que não há razões para um programa ser dos melhores num lado e dos piores no outro. É um alerta para investigações mais aprofundadas sobre o assunto. Quanto ao restante dos programas, os utentes de Escudeiro e colaboradores em programa de *só psicoterapia* apresentaram dos níveis mais elevados nas dimensões *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ansiedade Fóbica* e *Psicoticismo*, e os em programa com *naltrexona* apresentaram dos níveis mais elevados nas dimensões *Obsessivo Compulsivo* (de modo semelhante ao nosso estudo), *Ansiedade*, *Ansiedade Fóbica* e *Psicoticismo*. Podemos concluir, portanto, que no estudo de Escudeiro e colaboradores, há uma maior homogeneidade entre os programas, que uns apresentam melhores níveis de psicopatologia numas dimensões e outros noutras (exceptuando para a *buprenorfina*, que apresenta, sem dúvida, os piores resultados). No nosso estudo, pelo contrário, os programas encontram-se mais escalados em termos de psicopatologia (Isto pode ser indicador de critério de selecção para programas mais (estudo de Escudeiro e colaboradores) e menos (nosso estudo) diluídos (Coppel et al., 1998). É de referir, por último, que Escudeiro e colaboradores não encontraram diferenças significativas na dimensão *Psicoticismo*.

#### **6.4. Hipótese 3: Espera-se que hajam diferenças na Qualidade de Vida e na Psicopatologia dos utentes com diferentes Drogas de Eleição (heroína, cocaína, álcool, haxixe, etc.)**

Ao contrário do esperado, não obtivemos diferenças significativas entre os utentes com droga de eleição heroína e os utentes com droga de eleição cocaína. As médias do grupo que elegeu heroína como droga de eleição são contudo ligeiramente inferiores quanto à Qualidade de Vida e mais elevadas quanto à Psicopatologia. É de salientar que o domínio da WHOQOL-bref onde isto se nota mais é o *Psicológico*. Estes resultados não estão de acordo com o geral da literatura, que aponta pior *Qualidade de Vida* e índices de *Psicopatologia* mais elevada para os utentes com *Droga de Eleição* cocaína (Gawin & Kleber, 1988; Negreiros, 2003; Zaccali et al., 2007). Estes resultados podem ser explicados, provavelmente, por os consumidores preferenciais de cocaína estarem a consumir heroína. Ou seja, apesar da sua droga de eleição ser a cocaína, estes utentes encontram-se a consumir heroína, devidos aos

preços mais baratos e como forma de acalmar a ansiedade causada pelos consumos de cocaína (estes utentes começam com cocaína mas acabam por ficar dependentes da heroína) (Ferreira-Borges & Filho, 2007). Esta é, provavelmente, a razão porque não encontramos diferenças significativas entre os grupos.

#### **6.5. Hipótese 4: Espera-se que os utentes com maior tempo de abstinência apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e de Psicopatologia.**

Encontramos, de facto, uma correlação significativa entre o *Tempo de Abstinência* e alguns domínios da WHOQOL-bref e dimensões e IGS do BSI. O domínio da WHOQOL-bref onde encontramos uma correlação significativa foi o das Relações Sociais. Isto é muito significativo. É sabido que os toxicodependentes nas escaladas dos consumos esquecem tudo o mais, e viram-se, apenas, para as drogas (Patrício, 1995). É sabido, também, que nessa obsessão pelas drogas as relações sociais são desvalorizadas, mesmo a de familiares mais próximos (Pedro, 2001). O facto de termos obtido uma correlação significativa entre o *Tempo de Abstinência* e o domínio *Relações Sociais* indica-nos que a abstinência proporciona ao toxicodependente espaço para poder retomar a sua vida relacional, obliterada pela vida das drogas. Quanto às dimensões do BSI, encontramos correlações significativas nas dimensões *Obsessivo Compulsiva*, *Depressão*, *Ansiedade*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo*. Algumas palavras merecem ser ditas acerca de cada uma destas dimensões em particular. É sabido que a toxicodependência contém uma componente obsessivo-compulsiva muito forte (Vieira, 2001). O consumo de drogas é compulsivo, a sua falta, necessidade, é obsessiva. Era, portanto, de esperar verificar uma diminuição desta sintomatologia à medida que o toxicodependente fosse deixando os consumos. O mesmo pode ser dito para a depressão. A depressão está também, a maior parte das vezes, presentes na toxicodependência (Fleming, 2005). Podemos, aliás, associa-la ao domínio Relações Sociais, já que é muitas vezes das relações sociais que surge a depressão (Widlöcher, 2001). O reatar das relações sociais, pode ser, portanto, um factor de enorme impacto para o melhoramento da sintomatologia depressiva, além de muitos outros, que os consumos obstruem, como as melhorias nas condições de vida gerais (Sousa, 2002), o rearranjar das defesas psicológicas (Potik, Adelson & Schreiber, 2007), a recuperação do corpo (Curto, 2007), etc.

A ansiedade diminui também. O “jogo” da toxicodependência, entre consumos e a falta do produto, é altamente ansiogénico (Marques-Teixeira, 1998). A quebra deste ciclo vai por um fim a esta escalada. Se, de alguma maneira, o toxicodependente estava a regular a

ansiedade através dos consumos, a abstinência vai permitir ao corpo retomar a regulação normal da ansiedade e dos níveis de stress. Além do mais, a enorme dependência do toxicodependente em relação ao produto também é, só por si, um factor ansiogénico que deixa de existir com a quebra dos consumos (Torres, Chagas & Ribeiro, 2008). A Ideação Paranóide também diminui com a abstinência, o que também era de esperar. A vida nas drogas comporta uma componente de marginalidade (Stephens, Levine & Ross, 1976). A marginalidade envolve sempre alguma hostilidade, do marginal para a sociedade ou da sociedade para o marginal. O facto de o toxicodependente deixar os consumos e, portanto, pelo menos em parte, a vida de marginal, faz com que este jogo de hostilidade entre ele e a sociedade diminuía muito. Não encontramos correlação entre o *Tempo de Abstinência* e a dimensão Hostilidade, o que pode indicar que a hostilidade que o toxicodependente vivência mais é uma hostilidade persecutória. A dimensão *Psicoticismo* diminui também com o *Tempo de Abstinência*. Ora, sabe-se que o psicoticismo, ou as situações de sintomatologia psicótica, são muitas vezes causadas por grandes desequilíbrios de humor e ansiedade (Ruiloba, 2003). Sendo que estas duas últimas componentes diminuem, é de esperar que o psicoticismo diminuía também. Foi o que se verificou. Isto que acabamos de dizer é, além do mais, confirmado pelo *Índice Geral de Sintomas*, que vemos diminuir com o *Tempo de Abstinência*. Isto vai de encontro ao esperado. A sintomatologia psicopatológica, no geral, diminui com a abstinência, sendo o contrário também verdadeiro, isto é, aumenta com a toxicodependência (Angel, Richard & Valleur, 2003).

#### **6.6. Hipótese 5: Pretende-se averiguar se existem diferenças no Tempo de Abstinência entre diferentes Programas Terapêuticos**

Esta hipótese foi nula. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes programas terapêuticos para a variável tempo de abstinência. Na revisão da literatura que fizemos, infelizmente, não encontramos outros resultados que pudéssemos comparar com os nossos, o que é uma pena, porque esta questão parece-nos ser muito relevante. Quanto aos resultados do nosso estudo, estes são muito curiosos do nosso ponto de vista, pois permitem-nos, segundo julgo, retirar uma conclusão, que nunca é de mais salientar. Isto é, que para cada utente em particular, um tratamento é melhor que outro, ou seja, que não há um tratamento que seja melhor que os outros, que cada doente deve ser inserido no *Programa Terapêutico* que mais lhe convier. Estes resultados, neste sentido, vão de acordo

com o tantas vezes salientado pela literatura e pelos especialistas na área de tratamento da toxicodependência (NIDA, 2011; Patrício, 1995, 2002; Godinho, 2007).

**6.7. Hipótese 6: Espera-se que os sujeitos com maior Tempo de Tratamento apresentem melhores resultados de Qualidade de Vida e Psicopatologia.**

Esta hipótese foi infirmada. Não há uma correlação significativa entre o tempo de tratamento e os domínios da WOHQOL-bref e as dimensões e IGS do BSI. Este resultado foi contrário ao esperado, até surpreendente em alguma medida. Foi por isso que, em seguida, efectuamos o teste de correlação entre a variável *Tempo de Tratamento* e *Tempo de Abstinência*. A correlação foi positiva. Fica assim explicada a razão porque esta hipótese deu nula. O *Tempo de Tratamento*, de facto, só por si, não é capaz de prever melhorias na *Qualidade de Vida* e *Psicopatologia* dos toxicodependentes. Mas repare-se que o *Tempo de Abstinência* é. E repare-se, também, que há uma correlação significativa e bastante forte entre o *Tempo de Tratamento* e o *Tempo de Abstinência*. Isto quer dizer que o tempo de tratamento só é capaz de prever melhorias na *Qualidade de Vida* e na *Psicopatologia* dos utentes quando associado com abstinência. Doutro modo, o *Tempo de Tratamento*, por si só, parece ser ineficaz para prever melhorias na *Qualidade de Vida* e *Psicopatologia* dos toxicodependentes. Estes resultados, em certa medida, também são previstos pela literatura. Se o consumo de substâncias é, muitas vezes, um sintoma, percebemos que, quanto mais o doente se afastar dos consumos, melhor ele vai estar do ponto de vista da sua doença (toxicodependência (em comorbilidade com...)) (Jacques, 2001). Ou seja, se o sintoma diminui, a doença também diminui. Logo, se a doença diminui, é de esperar melhorias na *Qualidade de Vida* e na *Psicopatologia* dos utentes. Estes resultados vão no sentido de reforçar a opinião daqueles autores que consideram a abstinência essencial para melhorias no tratamento e no sentido de contrariar os autores que não a consideram como uma variável fundamental no tratamento (Angel, Richard & Valleur, 2003

## Capítulo VII – Conclusão Integrativa

O nosso estudo pautou-se por vários objectivos. Pretendemos estudar as variáveis *Psicopatologia* e *Qualidade de Vida* na população toxicodependente e a correlação entre estas duas variáveis. Pretendemos, também, fazer uma boa caracterização da população em tratamento pela Equipa de Tratamento de Braga do CRI de Braga. Consideramos, além destes objectivos principais, as diferenças entre a *Qualidade de Vida* e a *Psicopatologia* dos utentes inseridos em cada um dos *Programas Terapêuticos*. Exploramos, além destas questões principais, muitas outras hipóteses relevantes para o assunto em questão.

O nosso estudo encontrou, portanto, uma correlação altamente significativa entre a *Qualidade de Vida* e a *Psicopatologia* nos utentes toxicodependentes. Conseguiu, também, uma boa caracterização da população em seguimento ambulatorio no CRI de Braga, tanto em termos sócio-demográficos como clínicos (*psicopatologia* incluída), como em relação à *Qualidade de Vida*. Encontramos, também, algumas diferenças significativas na *Qualidade de Vida* e *Psicopatologia* dos utentes inseridos em diferentes *Programas Terapêuticos*, especialmente entre programa com *metadona* e programa com *buprenorfina*, sendo que em relação com os outros programas, e nestes entre si, as diferenças, apesar de existentes, não foram significativas.

Concluimos, do nosso estudo, que a correlação entre *Qualidade de Vida* e *Psicopatologia* varia de forma inversa, isto é, que quanto maior a *Qualidade de Vida*, menor a *Psicopatologia*, e que quanto menor a *Psicopatologia*, maior a *Qualidade de Vida*. Acerca de uma determinação de uma variável pela outra, isto é, da *Qualidade de Vida* pela *Psicopatologia*, ou da *Psicopatologia* pela *Qualidade de Vida*, nada podemos concluir. Trata-se, antes, de um equilíbrio delicado, de uma correlação em sentido estrito (Matos, 2005). Podemos certamente encontrar casos em que é a *Psicopatologia* que determina baixos níveis de *Qualidade de Vida*, mas podemos também encontrar casos em que é a *Qualidade de Vida* que determina elevados índices de *Psicopatologia*. No nosso estudo, em particular, isto pode ser verificado pela elevada correlação entre o *IGS* e dois domínios de *Qualidade de Vida*, o domínio *Físico* e o domínio *Relações Sociais*. Certamente que muitos utentes que contribuem para a forte correlação entre o *IGS* e o domínio *Físico* são exemplos de casos em que a *Qualidade de Vida* é determinadora de elevados índices de *Psicopatologia*. Como exemplo inverso, temos os casos em que é a *Psicopatologia* que determina baixos níveis de *Qualidade de Vida*, de que a correlação entre o domínio *Relações Sociais* e *Psicopatologia* é certamente rica em exemplos.

Concluímos, também, no relativo à caracterização da amostra, que certos aspectos sócio-demográficos se parecem ter agravado, falamos dos casos de divórcio e do número de desempregados, aspectos sem dúvida relevantes. No respeitante ao resto das variáveis, há uma certa estabilidade temporal. De salientar pela positiva parece ser a média de idades, que subiu. Não se podem, contudo, tirar conclusões precipitadas, se por um lado pode significar que há menos jovens envolvidos em problemas graves com drogas, pode, por outro lado, significar que, por exemplo, menos jovens procuram tratamento. É preciso algum cuidado na forma de interpretar os dados. No respeitante às variáveis clínicas, no geral, parece ter havido um melhoramento significativo. Notou-se uma diminuição significativa dos comportamentos de risco, e, talvez, consequentemente, isto esteja ligado ao menor número de doenças associadas à toxicodependência encontrado. O único senão parece ter sido na idade de início nos consumos, que parece ter diminuído, talvez pela maior disponibilidade de drogas. Em termos de *Psicopatologia* e de *Qualidade de Vida*, verificamos índices de *Psicopatologia* superiores aos da população em geral e níveis de *Qualidade de Vida* inferiores.

No respeitante aos diferentes *Programas Terapêuticos*, concluímos que o programa com buprenorfina é o que apresenta melhores níveis de *Qualidade de Vida* e menores índices de *Psicopatologia*. Encontramos, também, diferenças significativas entre este programa e o programa com *metadona*. Não encontramos diferenças com outros programas, ou entre outros programas. Talvez isto se explique pelo reduzido número de utentes que dispusemos para o programa com *antagonista*, por exemplo. A verdade é que estes dois programas de que falamos (*buprenorfina* e *metadona*) parecem estar nos antípodas um do outro. Se o de *buprenorfina* apresentou os melhores resultados em quase todos os domínios e dimensões do BSI o programa com *metadona* apresentou, de longe, os piores resultados. Os utentes em programa com *metadona* apresentaram diferenças significativas no domínio *Ambiente* em relação aos utentes em programa com *buprenorfina*. Estas condições ambientais podem, assim, explicar uma parte da diferença dos resultados na *Qualidade de Vida* e na *Psicopatologia* dos utentes dos respectivos programas, e alertar, assim, para o que deve ser um foco de interesse no tratamento dos pacientes em programa com *metadona*, as condições ambientais.

Além de tudo isto, o nosso estudo chama atenção, também, para o factor abstinência e para a sua importância no tratamento da toxicodependência. O nosso estudo conclui que a abstinência se mostra uma variável imprescindível para melhorias na *Qualidade de Vida* e na *Psicopatologia* dos toxicodependentes. Salienta, por fim, a importância de escolher, para cada doente, o tratamento mais adequado, o que mais se lhe ajusta.



O nosso estudo careceu de algumas limitações, uma das quais, talvez a mais relevante, foi o reduzido número da amostra (N= 47). Outra limitação do nosso trabalho foi não dispormos de consumidores de outras substâncias em número suficiente para permitir comparações, seria interessante ver de que modo os dados variariam. De futuro, sugerimos este estudo de uma forma longitudinal, ou seja, acompanhando os mesmos sujeitos no tempo, ao longo do tratamento. Julgamos que um estudo dessa natureza traria contributos valiosíssimos para a investigação e tratamento das toxicodependências. Assim, poderíamos compreender as relações entre *Qualidade de Vida* e *Psicopatologia* ao longo do tempo, o modo como a *Qualidade de Vida* de vida afecta a *Psicopatologia* e vice-versa. Poderíamos, também, estudar a evolução destas relações nos diferentes *Programas Terapêuticos*, o que certamente permitiria uma improvação dos mesmos. Sugerimos, por último, que se investigue melhor o *Tempo de Abstinência* entre os diferentes *Programas Terapêuticos*.

## Bibliografia

Agra, C. (1995). Da rapsódia à sinfonia. Epistema. Os modos elementares do pensamento das drogas. *Revista Toxicodependências*, 3, 47-59.

Agra, C., Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A. & Silva, H. (2006). Qualidade de Vida e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 12, (3), 65-67.

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares – Uma Visão Sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Almeida, D., Vieira, C., Almeida, M. C., Rijo, D. M. & Felisberto, A. J. (2005). Toxicodependência e comorbilidade psiquiátrica – sintomatologia do eixo I e perturbações da personalidade. *Psiquiatria Clínica*, 26, (1), 55-70.

Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Amass, L., Branstetter, S. & Jonathan, K. (2008). Buprenorphine-naloxone versus Methadone Maintenance Therapy: a randomized double-blind trial with opioid-dependent patients. *Heroin addict and Related clinical problems*, 10, (4), 5-18.

Angel, P. (2002). Prevenção das recaídas. Em: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Angel, P., Angel, S. & Valleur, M. (2002). Resenha histórica. Em: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Angel, P., Richard, D. & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Azenha, S. & Ramos, S. (2009). Caracterização de Uma População em Seguimento Ambulatório no CAT de Braga – Estudo retrospectivo. *Revista Toxicodependências*, 7, (1), 41-50.

Balsa, C., Farinha, T., Urbano, C. & Francisco, A. (2003). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa*. Lisboa: IDT.

Best, D., Lehmann, P., Gossop, M., Harris, J., Noble, A. & Strong, J. (1998). Eating Too Little, Smoking and Drinking Too Much: Wider Lifestyle Problems Among Methadone Maintenance Patients. *Addiction Research*, 6, (6), 489-498.

Bettencourt, B., Guerreiro, B. & Pádua, J. (2006). Bruprenorfina: uma alternativa na substituição opiácea na gravidez. *Revista Toxicodependências*, 12, (3), 3-6.

Blatt, S. J. & Berman, W. H. (1990). Differentiation of Personality Types among Opiate Addicts. *Journal of Personality Assessment*, 54, (1-2), 87-104.

Branco, A. (2000). Promoção da Autonomia e Inserção Social, Uma Experiência de Reinserção Sócio-Laboral de Toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 6, (1), 67-70.

Buchanan, D. (1993). Social Status Group Differences in Motivations for Drug Use. *Journal of Drug Issues*, 23, (4), 631-644.

Buela-Casal, G., Caballo, V. E. & Sierra, J. C. (dirs.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Calman, K. C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In: N. K. Aaronson & I. M. Beckmann (Coord.). *The quality of life in cancer patients*. New York: Raven Press.

Calsyn, D. A. & Saxon, A. J. (1990). Personality disorders subtypes among cocaine and opioide addicts using the millon clinical multiaxial inventory. *The International Journal of the Addictions*, 25, (9), 1037-1049.

Canavarro, M. C. (2008). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em: Simões, M., Almeida, L. S., Gonçalves, M. & Machado, C. (coord.) (2008). *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa. Volume III*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, S., Dias, H., Lorga, P., Tomaz, F. & Torres, A. R. (2001). Um Modelo Estratégico de Conotação Positiva Modificada no Tratamento de Famílias com Toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 7, (2), 17-22.

Carrilho, J. M. & Santos, N. (2004). Tratamento médico psicofarmacológico. In: Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores

Castro, M. I. P. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10, (3), 49-56.

Clérigo, C. (2005). Para um Modelo de Autonomia – Apresentação de um Caso Clínico. *Revista Toxicodependências*, 11, (3), 75-86.

Colle, F-X. (2001). *Toxicomanias, Sistemas e Famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coppel, A., Gourarier, L., Hefez, S., Lebeau, B., Lowenstein, W. (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa: Climepsi Editores.

Costa, A. (2010). Novas tendências no consumo de droga. *Revista Dependências*, Setembro, 2010.

Costa, N. (1995). A Perturbação da Vivência do Tempo na Toxicodependência e na Depressão. *Revista Toxicodependências*, 2, 50-61.

Curto, J. N. L. (2007). A Recuperação do Corpo no Processo de Desabitação do Toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 13, (2), 69-74.

Dodgen, C. E., Shea, W. M. (2000). *Substance Use Disorders – Assessment and Treatment*. New York: Academic Press.

Ekendahl, M. (2007). Time to Change – An Exploratory Study of Motivation Among Untreated and Treated Substance Abusers. *Addiction Research and Theory*, 15, (3), 247-61.

Escohotado, A. (2004). *História Elementar das Drogas*. Lisboa: Antígona.

Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A., Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 12, (3), 65-78.

Fabião, C. (2002). “Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Revista Toxicodependências*, 8, (2), 37-49.

Farges, F. (2002a). A cadeia terapêutica. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Farges, F. (2002b). Dependência, abuso, uso. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Feijão, F., Levado, E. (2003). Assimetrias Geográficas e Jovens Consumidores de Drogas. Portugal 2001. *Revista Toxicodependências*, 9, (1), 73-84.

Feijão, F., Lavado, E. (2004). Evolução do Consumo de Drogas na Adolescência – Ruptura ou Continuidade? *Revista Toxicodependências*, 10, (3), 31-47.

Feijão, F. (2007). Adolescentes e Consumo de Substâncias Psicoactivas: O Tempo e o Território Enquanto Factores Subjacentes às Dinâmicas de Consumo em Portugal e na Europa. *Revista Toxicodependências*, 11, (3), 63-73.

Ferraz de Oliveira, F., Borges, C., Colaço, J., Cordeiro, C., Filipe, C., Gestosa, S., Grilo, I., Lourenço, F., Ludovico, J., Matos, I., Oliveira, M., Peixinho, P., Pinto, A., Reis, J., Rosário, L., Sampaio, H., Tiago, M., Vargas, F., Vasconcellos, M., Palma dos Reis, R., Prates, I., Castanheira, J. L. (1996). Atitudes Perante o Consumo de Drogas, Perspectivas de Estudantes, Professores e Médicos. *Revista Toxicodependências*, 2, (2), 57-67.

Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2007). *Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira, A. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicodependências*, 10, (2), 65-74.

Ferreira, E. (1997). Efeitos sócio-demográficos e sócio-relacionais sobre o processo de tratamento de toxicómanos. *Revista Toxicodependências*, 3, 55-64.

Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias – uma breve revisão da literatura. *Revista Toxicodependências*, 9, (2), 71-83.

Figueiredo, B., Ribeiro, L., Clemente, T., Maia, A., Fernandes, E., Matos, R. & Paiva, C. (2002). *História de abuso, sintomas psicopatológicos e potencial maltratante em pais portugueses*. Relatório de Investigação do Centro de Estudos em Psicologia da Universidade do Minho.

Filho, H. C. (2004). Organização do sistema de tratamento. In: Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 11, (1), 3-13.

Fontaine, B., Hervé, F., Morel, A. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Frasquilho, M. (1997). Representações acerca das funções da droga e propostas preventivas da toxicodependência. Uma comparação entre toxicodependentes e os seus irmãos abstinentes. *Revista Toxicodependências*, 3, (3), 23-34.

Frazão, C., Magalhães, C., Pereira, E., Teles, L. (2003). Doze histórias de vida de consumidores de drogas: percurso escolar. *Revista Toxicodependências*, 9, (2), 31-44.

Gawin, F. H., Kleber, H. D. (1988). Evolving conceptualization of cocaine dependence. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 6, 123-126.

Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. In: M. Glantz, R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.

Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspectos psicossociais e psicopatológicos. *Revista Toxicodependências*, 13, (3), 3-14.

Godinho, J. (2006). Reflexões sobre as terapêuticas e manutenção opióide. *Revista toxicodependências*, 3, (14), 83-86.

Godinho, J. (2008). *(Toxico)dependências*. *Revista toxicodependências*, 1, (14), 85-87.

Gómez, F., del Pozo, L., Fraile, G., Rivera, O. (1998). Factores asociados a la severidad de la recaída en pacientes heroinómanos. *Revista Toxicodependências*, 4, (3), 25-34.

González-Alcaide, G., Agulló-Calatayud, V., Fernandes, L., Valderrama-Zurián, J. C. (2009). A investigação sobre Toxicodependências em Portugal: produtividade, colaboração científica, grupos de trabalho e âmbitos de investigação abordados. *Revista Toxicodependências*, 15, (2), 13-34.

Gossop, M. (2003). *Drug addiction and its treatment*. New York: Oxford University Press.

Griffith, J., Knight, D., Joe, G., Simpson, D. (1998). Implications of family and peer relations for treatment engagement and follow-up outcomes: an integrative model. *Psychology of addictive behaviors*, 12, (2), 113-126.

Hansen, J.-I., Sierra, J. C. (1996). Evaluación de los intereses. In: Buéla-Casal, G., Caballo, V. E., Sierra, J. C. (dirs.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Haynal, A., Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática: Perspectivas Psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Henriques, F. (2004). Prevenção da recaída. In: Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (n.d.). Retirado de <http://www.idt.pt/>

Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M. J., Díaz-Sanz, M. (1999). Calidad de vida relacionada com la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, (2), 131-147.

Irwin, P. H. (1981). Quality of life assessment and drug abuse treatment program evaluation. *Eval Prog Plan*, 4, 123-130.

Jacques, J-P. (2001). *Para acabar com as Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 13, (1), 49-58.

Jérôme, E. (2002). Atendimento e consulta. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Jérôme, E. Valleur, M. (2002). Cessação do consumo. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Kebler, H. D. (1995). Pharmacotherapy, current and potential, for the treatment of cocaine dependence. *Clinical Neuropharmacology*, 18, 96-109.



Kleber, H. (2003). Pharmacologic Treatments for Heroin and Cocaine dependence. *The American Journal on Addiction*, 12, 2.

Koo, D., Chitwood, D., Sanchez, J. (2008). Violent Victimization and the routine activities/Lifestyle of active drug users. *Journal of Drug Issues*, 0022-0426/08/04, 1105-1138.

Kosten, T. (1988). The symptomatic and prognostic implications of psychiatric diagnosis in treated substance abusers. *NIDA Research Monograph*, 81, 416-421.

Levi, L., Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: D. F. El Manual Moderno.

Lorga, P. (2001). Toxicodependência e sexualidade: revisão bibliográfica a propósito das suas possíveis interações – parte 1. *Revista Toxicodependências*, 7, (3), 41-52.

Lorga, P. (2002). Toxicodependência e Sexualidade: revisão bibliográfica a propósito das suas possíveis interações – parte II. *Revista Toxicodependências*, 8, (1), 53-64.

Luty, J., Arokiadass, S. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3, (2).

Machado, P., Klein, J. (2007). Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment center. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, (1), 83-91.

Maia, A. (1997). Prevenção primaria da toxicodependência e modelos sociais. *Revista Toxicodependências*, 3, (2), 3-6

Marlo, H., Kalinian, H. (2002). Utilizing psychoanalytical psychotherapy in the treatment of substance abusers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 211-223.

Marques, S. (2006). *Tu não me matarás! Dimensões éticas da reabilitação da Pessoa Toxicodependente*. Lisboa: UCP.

Marques-Teixeira, J. (1998). Factores biológicos e toxicodependência: revisão de estudos no âmbito da neurologia das drogas. *Revista Toxicodependências*, 4, (3), 3-26.

Marreiros, N. (2009). Considerações teóricas sobre o conceito locus de controlo: reflexões acerca do seu potencial preventivo. *Revista Toxicodependências*, 15, (3), 61-68.

Matos, A. (2005). Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Revista Toxicodependências*, 11, (3), 53-62.

Matoso, M. (2006). Famílias de toxicodependentes, valores sociais e percurso terapêutico – um contributo para a investigação. *Revista Toxicodependências*, 12, (2), 43-51.

McCambridge, J., Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and preceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.

Melo, R. (2002). Os quês e os porquês da prevenção primária da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 8, (2), 23-28.

Melo, R. (2002). Os quês e os porquês na prevenção primaria das toxicodependências. Parte 2. *Revista Toxicodependências*, 8, (3), 69-75.

Mendes, F., Manita, C. (2006). Vivências na abstinência: as significações do uso de drogas ao longo da trajetória de ex-consumidores de drogas duras. *Revista Toxicodependências*, 12, (3), 37-48.

Metzger, D. S., Davis, R. F., O'Brien, C. P. (1996). Substance Abuse Disorders. In: Spilker, B. (ed.) (1996). *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2<sup>a</sup>ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Micheli, D., Fsberg, M., Formigoni, M. (2004). Estudo de efectividade de intervenções breves para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista Associação Médica Brasileira*, 50, 305-313.

Miguel, N. (1997). Toxicodependência: uma perspectiva. *Revista Toxicodependências*, 3, (1), 25-30.

Miller, W., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guildford Press.

Moreno, B., Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. In: Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Sierra, J. C. (dirs.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A..

Murphy, P., Bentall, R. (1992). Motivation to withdraw from heroin: a factor-analytic study. *British Journal of Addiction*, 87, 245-250.

Naia, A., Simões, C., Matos, M. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Revista Toxicodependências*, 13, (3), 23-30.

Navarro, R. (1996). Evaluación de la adicción a la cocaína, cannabis y heroína. In: Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Sierra, J. C. (dirs.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Negreiros, J. (2003). Prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em cinco cidades portuguesas. *Revista Toxicodependências*, 9, (2), 3-22.

National Institute for Drug Abuse (NIDA) (2008). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition)*. Retirado de <http://www.nida.nih.gov>

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). *Relatório Anual 2010. A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Retirado de <http://www.emcdda.europa.eu/>

Oliveira, S., Monteiro, L., Freixo, T., Venâncio, Â. (2010). Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais. *Revista Toxicodependências*, 16, (3), 59-66.

Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., Mohamad, H. (1996). *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (n. d.). Retirado de <http://www.who.int/>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento de CID-10: casos clínicos de adultos: as várias faces dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oppenheimer, E., Stimson, G., Thorley, A. (1979). Seven year follow-up of heroin addicts: abstinence and continued use compared. *British Medical Journal*, 2, 627-630.

Pagès-Berthier, J. (2002). Psicoterapias individuais. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pagès-Berthier, J., Farges, F. (2002). Terapias de grupo. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J. L. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doença*, 3, (1), 11-22.

Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.

Patrício, L. D. (2002). *Droga: Para que se saiba*. Figueirinhas.

Pedro, A. (2001). As relações impessoais dos pacientes dependentes de drogas. Uma perspectiva psicossomática – I. *Revista Toxicodependências*, 7, (3), 3-12.

Pereira, Á. (1999). Receitas para fazer do seu filho um toxicodependente ou prevenção: falamos de que? *Revista Toxicodependências*, 5, (1), 81-86.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pinazo, S., Ferrer, X. (2002). Etiología y prevención del abuso de drogas en adolescentes y jóvenes. *Revista Toxicodependências*, 8, (1), 35-43.

Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista Toxicodependências*, 5, (1), 3-12.

Potik, D., Adelson, M., Schreiber, S. (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: Methadone Maintenance treatment (MMT) as Transitional phenomena. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 311-325.

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Lockie, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Godwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Ribeiro, J. (2003). Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroín dependentes. *Revista Toxicodependências*, 9, (1), 65-71.

Rodrigues, F. (2006). Terapia existencial e dependência de substâncias. *Revista Toxicodependências*, 12, (2), 53-60.

Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre qualidade de vida e tratamento de manutenção com metadona. *Revista Toxicodependências*, 12, (1), 55-62.

Rush, B. (2004). Avaliação de sistemas e programas de tratamento. In: Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santos, N., Carrilho, J. M. (2004). Instrumentos de avaliação inicial e contínua. In: Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Scarscelli, D. (2006). Drug addiction between deviance and normality: a study of spontaneous and assisted remission. *Contemporary Drug Problems*, 33, 237-274.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, (2), 580-588.

Shipper, H., Clinch, J. J., Olweny, C. L. M. (1996). Quality of Life Studies: Definitions and Conceptual Issues. In: Spilker, B. (ed.) (1996). *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2ªed.)*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Silva e Sousa, A. (2002). Aconselhamento e reabilitação psicossocial no toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 8, (1), 25-30.

Silva, J. (2001). As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção. *Revista Toxicodependências*, 7, (1), 23-34.

Silva, V. (2005). Techno, house e trance. Uma incursão pelas culturas da “dance music”. *Revista Toxicodependências*, 11, (3), 63-73.

Simpson, D., Rowan-Szal, G., Joe, G. (2009). Client motivation and functioning related with engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 313-320.

Singer, E. (2003). Why kicking the habit is so hard for addicts. *New Scientist*, 179, (2409), 16-16.

Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57, 109-112.

Smith, K. W., Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, (2), 323-335.

Soares, A. (2001). Uma proposta integrativa na terapia cognitiva da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7, (2), 29-49.

Soares, A. (2009). Variáveis Psicossociais e Reactividade Emocional em Cuidadores de Dependentes de Substâncias. Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde: Universidade do Minho.

Spilker, B. (ed.) (1996). *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2ªed.)*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Spilker, B., Revicki, D. A. (1996). Taxonomy of Quality of Life. In: Spilker, B. (ed.) (1996). *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2ªed.)*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Stephens, R., Levine, S., Ross, W. (1976). Street addict values: A Factor Analytic Study. *The Journal of Social Psychology*, 99, 273-281.

Tannery, C. (2002). Dependência e religião. *Revista Toxicodependências*, 8, (1), 19-24.

Teixeira, C., Ricou, M. (2008). Volição em toxicodependentes que frequentam a unidade de desabituação norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Revista Toxicodependências*, 14, (2), 25-35.

Tinoco, R. (2002). Indeterminação biográfica – de condição natural a uma fissura na história do sujeito. *Revista Toxicodependências*, 8, (3), 61-67.

Tinoco, R., Pinto, S. (2001). Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica. *Revista Toxicodependências*, 7, (1), 17-22.

Torrado, M., Ouakinin, S. (2008). Identidade e toxicodependência no masculino: relação paterna, auto-conceito e identidade e género. *Revista Toxicodependências*, 14, (1), 57-72.

Torres, N., Chagas, T., Ribeiro, J. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoativas: um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressupostos básicos de W. R. Bion. *Revista Toxicodependências*, 14, (3), 35-48.

Tralhão, R. (2000). Para uma política cultural das dependências. Breves apontamentos para a complementaridade da análise das relações de dependência. *Revista Toxicodependências*, 6, (1), 71-79.

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). *World Drug Report 2010*. Consultado em Dezembro, 2010, através da fonte <http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/>

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., *et al.* (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), 41-49.

Valleur, M. (2002a). Elementos epidemiológicos. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Valleur, M. (2002b). Teorias da adição. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Valleur, M. (2002c). Um sistema especializado para o acompanhamento de toxicómanos. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21, (4), 279-308.

Velenzuela, E. (2001). Definición de los factores de riesgo laborales en el consumo de drogas. *Revista Toxicodependências*, 7, (2), 59-65.

Vieira, C. (2001). Repetição, compulsão à repetição e recaídas. *Revista Toxicodependências*, 7, (2), 23-28.

Vieira, C. (2007). A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, 13, (3), 15-22.

Zoccali, R., Bilardi, F., Bruno, A., Felletti, E., Isgrò, S., Meduri, M., Micalizzi, V., Micò, U., Muscatello, M., Romeo, A. & Stefano, C. (2007). Temperament and Character Dimensions in Opiate Addicts: Comparing Subjects Who Completed Inpatient Treatment in Therapeutic Communities vs. Incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 707-715.





## **Anexos**

## **Anexo I – Consentimento Informado**

“Qualidade de Vida, Psicopatologia e Programas Terapêuticos na Toxicodependência: Um Estudo Realizado no CRI de Braga”

O investigador responsável: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia<sup>26</sup>, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Sei que não posso esperar nenhum benefício directo para mim, mas sei que ajudarei os investigadores a perceber melhor a experiência de infertilidade. Também sei que as minhas respostas não terão efeito directo na maneira como serei tratado(a) no futuro. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado os questionários propostos pelo investigador. Concordo responder o melhor possível às questões que me forem colocadas e ao questionário. Ainda que o investigador tenha acesso ao meu número do processo clínico, eu sei que ele será separado das minhas respostas e que as minhas respostas não podem ser relacionadas com o meu nome/processo, excepto pelo entrevistador e os seus colegas de investigação. Assim, foi-me informado que o meu nome não aparecerá em qualquer documento utilizado na investigação, nem será alvo de exposição dos resultados em comunicações e no seio das aulas académicas.

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

<sup>26</sup> Pais-Ribeiro, J. L. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doença*, 3, (1), 11-22.

## Anexo II – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

1. Idade\_\_\_\_\_
2. Sexo\_\_\_\_\_
3. Nacionalidade\_\_\_\_\_
4. Escolaridade
  - a. Não sabe ler nem escrever\_\_\_\_\_
  - b. Sabe ler e/ou escrever\_\_\_\_\_
  - c. 1º-4º anos\_\_\_\_\_
  - d. 5º-6º anos\_\_\_\_\_
  - e. 7º-9º anos\_\_\_\_\_
  - f. 10º-12º anos\_\_\_\_\_
  - g. Estudos universitários\_\_\_\_\_
  - h. Formação pós-graduada\_\_\_\_\_
5. Profissão\_\_\_\_\_
6. Situação profissional?
  - a. Empregado\_\_\_\_\_
  - b. Desempregado\_\_\_\_\_
  - c. Reformado\_\_\_\_\_
  - d. Baixa médica\_\_\_\_\_
7. Está dependente de si a nível financeiro?
  - a. Sim\_\_\_\_\_
  - b. Não\_\_\_\_\_
8. Coabitação?\_\_\_\_\_
9. Estado civil
  - a. Solteiro(a)\_\_\_\_\_
  - b. Casado(a)\_\_\_\_\_
  - c. União de facto\_\_\_\_\_
  - d. Separado(a)\_\_\_\_\_
  - e. Divorciado(a)\_\_\_\_\_
  - f. Viúvo(a)\_\_\_\_\_
10. Está actualmente doente?\_\_\_\_\_
11. Que doença(as) têm?\_\_\_\_\_
12. Há quanto tempo?\_\_\_\_\_

13. Há quanto tempo está em tratamento? \_\_\_\_\_
14. Qual o motivo do tratamento? \_\_\_\_\_
15. Tipo de tratamento que efectua actualmente no CRI?
- a. Metadona \_\_\_\_\_
  - b. Naltrexona \_\_\_\_\_
  - c. Buprenorfina \_\_\_\_\_
  - d. Só Psicoterapia de Apoio \_\_\_\_\_
16. Que drogas consome?      Idade de início?      Via(s) de administração?
- a. Álcool \_\_\_\_\_
  - b. Heroína \_\_\_\_\_
  - c. Cocaína \_\_\_\_\_
  - d. Haxixe \_\_\_\_\_
  - e. Outras \_\_\_\_\_
  - f. Qual a(s) droga(s) de eleição? \_\_\_\_\_
17. Já injectou?
- a. Sim \_\_\_\_\_
  - b. Não \_\_\_\_\_
18. Costuma injectar?
- a. Sim \_\_\_\_\_
  - b. Não \_\_\_\_\_
19. Partilha de material?
- a. Sim \_\_\_\_\_
  - b. Não \_\_\_\_\_
20. Já recebeu tratamento(s) anteriormente?
- a. Sim \_\_\_\_\_
  - b. Não \_\_\_\_\_
21. Está abstinente de drogas/álcool?
- a. Sim \_\_\_\_\_
  - b. Não \_\_\_\_\_
  - c. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
22. Tem familiares com problemas de álcool ou drogas?
- a. Sim \_\_\_\_\_
  - b. Não \_\_\_\_\_
23. Tem algum problema de saúde causado pela dependência?

a. Sim \_\_\_\_\_

b. Não \_\_\_\_\_

24. Idade do primeiro contacto com o CRI (CAT)? \_\_\_\_\_